



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO -
UNIVASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E
BIOLÓGICAS – PPGCSB**

TIALLA CARDEAL SANTOS REBOUÇAS

**ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL NO MUNICÍPIO DE
JUAZEIRO – BA:
organização e práticas assistenciais**

PETROLINA – PE

2022

TIALLA CARDEAL SANTOS REBOUÇAS

**ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL NO MUNICÍPIO DE
JUAZEIRO – BA:
organização e práticas assistenciais**

Dissertação apresentada a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, Campus Petrolina, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cheila Nataly Galindo Bedor

Coorientadoras: Prof^a. Dra. Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira;
Prof^a. Dra. Ângela de Oliveira Carneiro

PETROLINA – PE

2022

R292a Rebouças, Tiaila Cardeal Santos
Atenção à saúde do trabalhador rural no município de Juazeiro-
BA: organização e práticas assistenciais / Tiaila Cardeal Santos
Rebouças. –Petrolina - PE, 2022.
viii, 86 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) -
Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina,
Petrolina-PE, 2022.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cheila Nataly Galindo Bedor.

Inclui referências.

1. Assistência à Saúde. 2. Atenção Básica. 3. Trabalhador rural.
4. Agricultura. I. Título. II. Bedor, Cheila Nataly Galindo. III.
Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 362.1042

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

TIALLA CARDEAL SANTOS REBOUÇAS

ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO –
BA: ORGANIZAÇÃO E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 31 de janeiro de 2022

Banca Examinadora



Cheila Nataly Galindo Bedor, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



ANA CLEIDE DA SILVA DIAS (12 de March de 2022 11:51 GMT-3)

Ana Cleide da Silva Dias, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



João Alves do Nascimento Júnior (12 de March de 2022 12:10 GMT-3)

João Alves do Nascimento Júnior, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Dedico este trabalho à minha filha amada, Mariana; ao meu esposo, Fábio; à minha mãe, Maria do Socorro; ao meu pai (*In memoriam*), que permanece vivo em meu coração.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, pela família e pelas oportunidades.

A minha filha, Mariana, por ser luz na minha vida, minha maior força e inspiração, te amo infinitamente!

Ao meu esposo, Fábio, por todo amor, cuidado, paciência, apoio e incentivo, obrigada por caminharmos juntos, compartilhando a vida e os sonhos, te amo!

A minha mãe, Maria do Socorro, pelo amor, apoio e disponibilidade de sempre, gratidão por cuidar tão bem da minha filha Mariana, sempre que foi necessário, para que eu continuasse seguindo meu objetivo, te amo!

A minha avó, Elzita, minha segunda mãe, sempre presente em minha vida, com seu amor, alegria e bondade, obrigada por tudo, te amo!

As minhas irmãs, Jaiciane e Ludmilla, pelo amor, amizade e apoio, sei que posso contar com vocês sempre.

A minha orientadora, professora Cheila Nataly Galindo Bedor, pela grande contribuição neste trabalho, pelos ensinamentos, pela paciência e compreensão de sempre, te admiro muito!

As minhas coorientadoras, professora Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira e professora Ângela de Oliveira Carneiro, pelos ensinamentos, pelo carinho e por também contribuir com o esse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e ao Programa de Pós-graduação Ciências da Saúde e Biológicas (PPGCSB).

Aos professores do PPGCSB da UNIVASF, por todos os ensinamentos e aprendizados.

Aos participantes da pesquisa, que se dispuseram e colaboraram com a realização das entrevistas.

A Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e anuência para realização do trabalho nos serviços de saúde.

Aos meus colegas de turma, pela amizade e pelos momentos compartilhados.

Aos demais familiares e amigos que contribuíram direto ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

A agricultura é considerada uma atividade que expõe o trabalhador rural a vários riscos de acidentes ocupacionais e danos a saúde durante sua atividade laboral. Diante disso, a presente proposta de abordagem qualitativa teve por objetivo analisar a organização dos serviços e as práticas assistenciais de atenção à saúde do trabalhador rural do município de Juazeiro, Bahia. A pesquisa foi desenvolvida entre março de 2020 e setembro de 2021, na Secretaria Municipal de Saúde, em Unidades de Saúde da Família e no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com dados coletados por meio de entrevistas individuais na modalidade semiestruturada, aplicada a quatro gestores, seis gerentes, dezoito profissionais de saúde e seis usuários do sistema de saúde do município. Os resultados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. A organização das Unidades de Saúde da Família rurais no município de Juazeiro - Bahia apresentou algumas inconformidades em relação à Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo Florestas e Águas. A rede de atenção à saúde do trabalhador rural no município é fragmentada e as equipes da Estratégia Saúde da Família da zona rural não contam com o suporte do Núcleo Ampliado de Saúde da Família além de não trabalharem de forma articulada com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o que compromete o cuidado integral e a assistência aos trabalhadores rurais. A assistência ofertada ainda apresenta lacunas, uma vez que, os profissionais citaram algumas dificuldades relacionadas à continuidade e integralidade da assistência. Foi identificado também que os gestores da Atenção Básica e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, gerentes de Unidade de Saúde da Família e os profissionais de saúde desconheciam a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo Florestas e Águas, demonstrando uma falha e a necessidade de educação permanente, além de uma implementação efetiva dessa política no município.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Atenção Básica; Trabalhadores Rurais; Agricultura.

ABSTRACT

Agriculture is considered an activity that exposes rural workers to various risks of occupational accidents and damage to health during their work activity. In view of this, the present proposal for a qualitative approach aimed to analyze the organization of services and care practices in health care for rural workers in the municipality of Juazeiro, Bahia. The research was developed between March 2020 and September 2021, at the Municipal Health Department, at Family Health Units and at the Reference Center for Occupational Health, with data collected through individual interviews in the semi-structured modality, applied to four managers, six managers, eighteen health professionals and six users of the municipal health system. The results were analyzed using the Content Analysis technique proposed by Bardin. The organization of rural Family Health Units in the municipality of Juazeiro - Bahia presented some non-conformities in relation to the National Policy on Comprehensive Health for the Populations of Field, Forests and Waters. The health care network for rural workers in the municipality is fragmented and the teams of the Family Health Strategy in the rural area do not have the support of the Expanded Nucleus of Family Health, in addition to not working in coordination with the Health Reference Center of the Worker, which compromises the integral care and assistance to rural workers. The assistance offered still has gaps, since the professionals cited some difficulties related to the continuity and comprehensiveness of care. It was also identified that the managers of Primary Care and the Reference Center for Workers' Health, managers of the Family Health Unit and health professionals were unaware of the National Policy on Comprehensive Health for the Populations of Field, Forests and Waters, demonstrating a failure and the need for permanent education, in addition to an effective implementation of this policy in the municipality.

Keywords: Health Care; Primary Care; Rural workers; Agriculture.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
MS	Ministério da Saúde
NASF- AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Popuações do Campo e da Floresta
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Popuações do Campo, da Floresta e das Águas
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	O Brasil Rural	12
2.2	A Agricultura na Região do Submédio Vale do São Francisco	14
2.3	O Trabalho Agrícola e sua Relação com a Saúde do Trabalhador	15
2.4	O Sistema Único de Saúde e a Atenção à Saúde do Trabalhador Rural	17
2.5	O Papel da Atenção Básica na Assistência à Saúde do Trabalhador Rural	19
3	MATERIAL E MÉTODOS	22
3.1	Tipo de Estudo	22
3.2	Local e Cenários de Desenvolvimento da Pesquisa	22
3.3	Participantes da Pesquisa	25
3.4	Procedimentos de Recrutamento e Coleta de Dados	25
3.5	Análise dos Dados	26
3.6	Aspectos Éticos	27
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA	73
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTES DE USF	74
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DO CEREST	76
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	77
	APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS	79
	APÊNDICE F-TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF	83

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde do trabalhador rural constitui um problema complexo, diante das dificuldades de acesso historicamente enfrentadas por essa categoria profissional, o que demanda a necessidade de adequação dos serviços de promoção à saúde para assistir a esse grupo populacional, em uma dinâmica de trabalho capaz de atendê-lo em suas necessidades.

Isso exige organização e desenvolvimento de ações que respeitem suas peculiaridades, com a intenção de facilitar o acesso, diminuir agravos e riscos à saúde provenientes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, assim como, melhorar os indicadores de saúde e de qualidade de vida (BRASIL, 2013), rompendo a lógica de atendimentos pontuais, conforme pesquisa que mostra que as ações em saúde para essa população na grande maioria se resumem ao atendimento a demandas espontâneas, com ausência de planejamento e programação de atividades, embasadas no contexto de vida do trabalhador rural (OLIVEIRA et al.,2020).

É importante ressaltar que durante o desenvolvimento de atividades no campo, os trabalhadores rurais encontram-se expostos a vários riscos e danos à saúde, relacionados aos diversos tipos de exposição e acidentes (BEDOR et al., 2009; CORCINO et al., 2019).

Tais peculiaridades exigem das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), destinadas ao trabalhador rural, sensibilidade e qualificação necessária, apta a garantir atenção continuada e integrada de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação com base nas reivindicações apontadas por esse público (MIRANDA et al.,2020).

Ferreira e Viana Junior (2016) afirmam que o processo de produção agrícola interfere no perfil de morbimortalidade das comunidades, sobretudo, daquelas que vivem próximas às áreas de plantação, aumentando a incidência de neoplasias que podem estar relacionadas ao uso de agrotóxicos nas lavouras, posturas incorretas durante a dinâmica do trabalho e uso inadequado de ferramentas também podem levar ao desenvolvimento de doenças, como os Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e conseqüentemente a uma diminuição na produtividade (LESME et al., 2011).

Dessa forma, as questões relativas à saúde do trabalhador precisam ser avaliadas na assistência e cuidado ofertados aos mesmos, pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) visto constituir importante instrumento para a reorientação das ações de atenção à saúde, expandindo seu olhar e abordagem para além dos aspectos biológicos, adentrando-se nas variadas situações advindas do ambiente do trabalho (BRASIL, 2018a).

Uma vez que, as equipes de saúde da família norteiam suas ações por meio do acompanhamento de um número definido e localizado de famílias nas suas áreas de atuação, assim como na observação das diversas perspectivas de como e onde os usuários atuam em suas atividades profissionais, isso pode garantir o aumento do conhecimento dos motivos que desencadeiam doenças, como também medidas mais eficazes para a promoção da saúde de trabalhadores rurais (BRASIL, 2017).

Ademais a população rural, apresenta em geral, baixa escolaridade e renda, dificuldade de acesso aos serviços sociais, de saúde e comércio. Essa dificuldade de acesso também é vivenciada pelos profissionais de saúde que trabalham em áreas rurais, considerando as distâncias dos territórios de atuação e a ausência de transporte público para deslocamento de ambos (DIAS, 2006).

Desse modo, o desenvolvimento de ações para a saúde trabalhador rural em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em um processo sociopolítico e técnico em construção, iniciado nos anos de 1980, por meio de alianças solidárias entre sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos de saúde, de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social, instituindo os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) (DIAS et al., 2009).

Assim, o desenvolvimento da presente pesquisa, justifica-se primeiramente, pelo fato do Submédio Vale do São Francisco, região onde Juazeiro-BA encontra-se inserida, ter um modo de produção, predominantemente agrícola, direcionada à agricultura irrigada, com número significativo de trabalhadores rurais (MOURA, 2014).

A minha motivação para a escolha do objeto deste estudo, se deve ao fato de ser enfermeira e atuar em Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na zona rural e perceber que muitos usuários, em sua maioria trabalhadores do campo, comparecem frequentemente à unidade na busca de atendimento para suas queixas relacionadas ao trabalho rural. Diante dessa constatação questionei e senti curiosidade de saber como os serviços de atenção à saúde do trabalhador rural

estão organizados e quais práticas assistenciais são desenvolvidas para promover o cuidado integral à saúde deles.

Frente ao exposto, estabeleci como **objetivo geral da pesquisa**, analisar a organização dos serviços e as práticas assistenciais de atenção à saúde do trabalhador rural no município de Juazeiro-BA e como **objetivos específicos**, descrever a organização de equipes de Saúde da Família da zona rural e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); identificar práticas assistenciais implementadas pela Atenção Básica e CEREST na promoção à saúde do trabalhador rural; discutir entendimentos de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona rural sobre atenção e cuidado à saúde de trabalhadores rurais; averiguar pontos de vista de usuários sobre atenção e cuidado dispensados por equipes da ESF da zona rural e pelo CEREST; identificar as principais queixas e problemas de saúde que afetam à saúde dos trabalhadores rurais;

Destaco e agradeço a participação e colaboração de todos os trabalhadores rurais, sejam eles formais, informais, temporários, fichados, agricultores familiares, assalariados e não assalariados. E ressalto o caráter interdisciplinar da pesquisa por favorecer a formulação de novos paradigmas, além de promover novas abordagens teórico-metodológicas (BARRA, 2013) que neste trabalho envolveu as áreas da saúde, das ciências sociais e do trabalho, considerando a essencialidade da interdisciplinaridade para o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da inovação, não apenas pela junção de saberes de diferentes áreas, mas pela integração e troca de conhecimentos, habilidades e métodos que produzem novos conceitos e técnicas emergidos dessa conexão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Brasil Rural

No Brasil as áreas rurais são estabelecidas por oposição e exclusão às áreas classificadas como urbanas. Nesta perspectiva, é classificada como rural, todo local de um município que não pertencer às áreas urbanas ou distritais. Desta forma, o modo de desenvolvimento assumido e praticado no Brasil, a partir das décadas de 1940-50, deu prioridade às intervenções nos territórios urbanos, sobretudo, nos centros metropolitanos conformando e ampliando o crescimento urbano-industrial (BEZERRA; BACELAR, 2013).

Essa definição é, majoritariamente, físico-geográfica e arbitrária, não considerando as relações e os aspectos econômicos e sociais que compõem esses ambientes sociais. Diante disso, entende-se que a definição do rural brasileiro deve respeitar os aspectos territoriais e os diferentes modos com que as áreas rurais se relacionam com os centros urbanos, mantendo relações distintas de interdependência e complementaridade (BEZERRA; BACELAR, 2013).

Se as comunidades rurais também fossem pensadas por suas características positivas e vínculos com as cidades e não apenas pelas suas carências, caminhos para políticas que possibilitem um real desenvolvimento dessas áreas e impactos na saúde seriam abertos (TARGA, 2012).

De acordo com o último Censo Oficial, 2010, 15,28% da população brasileira vivem em áreas rurais. Quando comparada ao censo de 1996, em que 20% da população era classificada rural, essa porcentagem diminuiu, no entanto, o número total de brasileiros nessas áreas permaneceu estável e ainda é bastante significativo, com aproximadamente 30 milhões de pessoas, excluindo as populações rurais da região amazônica (IBGE, 2010).

A Região do Brasil com maior percentual de população urbana é o Sudeste, com 93,14% dos habitantes residindo em áreas urbanas, já a Região Nordeste é a que apresenta maior percentual da população morando em áreas rurais, 26,88% (IBGE, 2015).

Durante as décadas de 1970 e 1980 o Brasil passou por um importante fenômeno de êxodo rural. Os trabalhadores do campo foram expulsos devido ao processo de mecanização da produção agrícola, deslocando-se para as cidades a

procura de oportunidades de trabalho, o que ocorre ainda nos dias de hoje, no entanto, em menor proporção (IBGE, 2015).

O meio rural brasileiro, antes considerado por parte da sociedade como sinônimo de problemas e atraso, vem sendo visto como detentor de soluções. Tem-se observado o “surpreendente renascimento” do rural, ao contrário da percepção que se estabeleceu durante muitas décadas sobre um “inevitável declínio”. Durante quatro décadas, considerada como uma área de produção de alimentos, de formação de divisas e detentora de mão de obra eficiente para o desenvolvimento urbano e industrial, hoje o rural vivencia a ampliação de suas “funções” junto à sociedade, influenciando consideravelmente as demandas sociais relacionadas à agrícola e ao rural e trazendo novas consequências para a agricultura familiar (SOUZA; BRANDENBURG, 2010).

Entende-se como agricultura familiar um modo de produção e um estilo de vida presente em muitos países do mundo. Para a Organização das Nações Unidas esta definição compreende:

[...] todas as atividades agrícolas de base familiar e está ligada a diversas áreas do desenvolvimento rural. A agricultura familiar consiste em um meio de organização das produções agrícola, florestal, pesqueira, pastoril e aquícola que são gerenciadas e operadas por uma família e predominantemente dependente de mão-de-obra familiar, tanto de mulheres quanto de homens (FAO, 2014, p. 01).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta que uma das peculiaridades do ramo agrícola é a diferenciação obscura e imprecisa entre as distintas categorias de trabalhadores que desenvolvem atividades no setor, conseqüentemente, há diversas formas de relações de trabalho e de força de trabalho. As diferentes categorias de trabalhadores também mudam dentro de cada país, em algumas situações, um trabalhador pode pertencer a mais de uma categoria, além de realizar tarefas em outros horários para complementar a renda (OIT, 2000).

De acordo com OIT (2013), o maior número de trabalhadores rurais encontra-se nos países em desenvolvimento e grande parte deles são pequenos produtores.

No Brasil, segundo os dados do Censo Agropecuário de 2017, foram identificados, 5.072.152 estabelecimentos agropecuários, em uma área total de 350.253.329 hectares. Comparando com o Censo de 2006, houve um aumento

dessa área em 5% (16,5 milhões de hectares) apesar do número de estabelecimentos ter reduzido 2% (103.484 unidades) (IBGE, 2017).

No que se refere à legalidade da terra, a porcentagem de estabelecimentos em terras próprias aumentou de 76,2% para 82%, porém a inclusão destes estabelecimentos na área total reduziu de 90,5% para 85,4%. Enquanto isso, a porcentagem de estabelecimentos com terras arrendadas diminuiu de 6,5%, em 2006, para 6,3%, em 2017 (IBGE, 2017).

Com relação à região Nordeste, houve diminuição no número de estabelecimentos agropecuários (menos 131.565) como também na área (menos 9.901.808 hectares). Já na região Sul, apesar da redução no número de estabelecimentos (menos 152.971), ocorreu crescimento na área (mais 1.082.517 hectares) (IBGE, 2017).

2.2 A Agricultura na Região do Submédio Vale do São Francisco

O Submédio Vale do São Francisco está localizado no sertão, região semiárida do Nordeste do Brasil, tem como principais polos de desenvolvimento as cidades de Juazeiro, situada ao norte do estado da Bahia, e Petrolina, situada ao oeste do estado de Pernambuco (BARROS; COSTA; SAMPAIO, 2004; LIMA; MIRANDA, 2001).

Devido ao atrativo da infraestrutura de irrigação instaurada e em crescimento, a oportunidade com os mercados norte-americano e europeu, a viabilidade de produção durante todo o ano e a possibilidade de produzir culturas de maior valor, a expansão da agricultura na região favoreceu a instalação de empresas de equipamentos e produtos agrícolas e de preparação e distribuição desses insumos. (OLIVEIRA FILHO et al., 2014).

Essas empresas se fixaram próximo às áreas irrigadas e de colonos, trazendo para a região a agroindústria. A localidade representa uma das mais importantes regiões de exploração e de exportação da hortifruticultura irrigada do Brasil, principalmente de uva e manga (BEDOR, 2008). Em 2010, no município de Juazeiro, 21,73% da população economicamente ativa, ou seja, trabalhadores maiores de 18 anos, desenvolviam atividades laborais no ramo agropecuário (PNUD, 2013).

De acordo com Lima (2006), devido ao avanço da economia e da agricultura, principal ramo de atividade na região, observou-se um considerável crescimento

populacional, inclusive na área rural. De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, Juazeiro tinha 197.965 habitantes, destes, 37.190, o equivalente a 18,78% da sua população, vivia em zonas rurais, possuindo um aumento populacional rural de 0,5% ao ano (IBGE, 2010), enquanto as outras regiões do país, geralmente, apresentavam índices de crescimento rural negativos, segundo Nascimento, Pereira e Santos (2014).

2.3 O Trabalho Agrícola e sua Relação com a Saúde do Trabalhador

O trabalho rural está regulado pela Lei nº 5.889/73 e regulamentado pelo Decreto nº 73.626/74. Para efeitos deste Regulamento, considera-se empregador rural “A pessoa física ou jurídica, proprietária ou não, que explore atividade agroeconômica, em caráter permanente ou temporário, diretamente ou através de prepostos e com auxílio de empregados” (BRASIL, 1974).

De acordo com o artigo 2º da lei nº 5.889/73, é considerado empregado rural: “toda pessoa física que, em propriedade rural ou prédio rústico, presta serviços de natureza não eventual a empregador rural, sob a dependência deste e mediante salário” (BRASIL, 1973) No entanto, conforme o artigo 2º da Convenção nº 141 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o termo “Trabalhadores Rurais” não se refere somente ao empregado rural, como também:

[...] todas as pessoas dedicadas, nas regiões rurais, a tarefas agrícolas ou artesanais ou a ocupações similares ou conexas, tanto se trata de assalariados como, ressalvadas as disposições do parágrafo 2 deste artigo, de pessoas que trabalhem por conta própria, como arrendatários, parceiros e pequenos proprietários (SÜSSEKIND, 1998, p. 338).

O reconhecimento de morbidades que afetam a saúde do trabalhador rural e dos seus estados de saúde, medida através da autopercepção de saúde, podem identificar os determinantes e condicionantes da saúde existentes no meio rural e colaborar para o planejamento de ações em saúde voltadas para uma parte significativa da população economicamente ativa do Brasil. As práticas de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde devem considerar as características sociais de onde são demandadas, visto que, trabalhadores e residentes de áreas rurais apresentam peculiaridades em seu modo de vida, trabalho e relacionamento com o meio ambiente (SEVERO et al., 2012).

O interesse na saúde das populações rurais e nas que vivem em áreas remotas, bem como, na organização dos serviços de saúde para assistir as mesmas, tem aumentado em todo o mundo. De acordo com pesquisas desenvolvidas nos Estados Unidos, Austrália, Canadá e Escócia, residentes em área rural possuem pior condição de saúde autorreferida em comparação com residentes de área urbana (TECKLE; HANNAFORD; SUTTON, 2012).

A agricultura é mundialmente identificada como uma atividade de risco elevado. Conforme dados da OIT (2013), a taxa de acidentes fatais no trabalho agrícola em diversos países, é o dobro da média das outras indústrias, sendo que os casos mais recorrentes são os causados por máquinas agrícolas e ferramentas, seguido pelo contato com substâncias químicas, alérgicas e carcinogênicas. O trabalho autônomo somado ao fato das empresas agrícolas serem muitas vezes familiares, representam uma dificuldade a mais para a saúde e a segurança no trabalho (OSHA, 2011).

De acordo com a Norma Regulamentadora 9 - NR 9, os riscos ocupacionais consistem em todos os agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes de trabalho, que podem provocar prejuízos à saúde do trabalhador em consequência do seu tempo de exposição, concentração e intensidade (BRASIL, 1978).

A área rural inclui todos os riscos ao trabalhador, sendo eles: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (FUMAGALLI, 2017). Os riscos físicos incluem vibrações e ruídos, resultantes dos maquinários, mudanças de temperatura em virtude das condições climáticas, calor, frio e radiações não ionizantes que podem provocar câncer de pele. Os riscos químicos estão associados ao uso de agrotóxicos, fertilizantes, adubos químicos, combustíveis, solventes e gases causados pela combustão de motores. Vale ressaltar que, o risco químico mais relevante nas áreas rurais é o agrotóxico.

Os riscos biológicos se dão através da exposição aos agentes biológicos como vírus, bactérias, protozoários, fungos, entre outros, que podem ser encontrados na água, em adubos orgânicos e na terra, aumentando a chance de verminoses e doenças infecciosas. Os riscos ergonômicos estão relacionados às posturas forçadas e inadequadas, aos movimentos repetitivos e de flexão/rotação de tronco, ao levantamento de peso, entre outros. E por fim, os riscos de acidentes, como as lesões e amputações causadas pelo uso de máquinas e ferramentas em

condições inadequadas para a segurança, ataques de animais domésticos e peçonhentos, etc. (MARTINS; FERREIRA, 2015; BAYER, 2016).

Em grande parte dos casos de óbitos por acidentes de trabalho percebe-se também dificuldades no registro e na caracterização dessas ocorrências, tornando-se ainda mais complicados os casos que ocorrem nas áreas agrícolas. Em vários países os sistemas de notificação e de indenização podem não incluir o setor da agricultura, e ainda, algumas classes de trabalhadores agrícolas (OIT, 2013).

Assim sendo, torna-se necessário um maior cuidado e atenção a esses trabalhadores e aos riscos a que estão submetidos (MARTINS; FERREIRA, 2015).

2.4 O Sistema Único de Saúde e a Atenção à Saúde do Trabalhador Rural

No Brasil, a legislação em Saúde do Trabalhador é extensa e seu avanço ocorreu mediante conquistas históricas dos trabalhadores brasileiros. A Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) foi estabelecida no governo de Getúlio Vargas através Decreto-Lei no 5.452, de 10 de maio de 1943 e passou por diversos ajustes e modificações, resultantes de conquistas sociais dos trabalhadores, porém com algumas regressões. A CLT compreende o conjunto de normas que regulamentam as relações de trabalho no Brasil, incluindo as relacionadas à segurança e medicina do trabalho (BRASIL, 1943).

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, garante a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à saúde do trabalhador, constando em seu artigo 200 que é atribuição do SUS, entre outras competências, nos termos da lei: "II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho" (BRASIL, 1988).

Também em decorrência das mobilizações durante a redemocratização, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 trata sobre os requisitos para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o funcionamento e a organização dos serviços equivalentes (BRASIL, 1990).

As obrigações do SUS relativas à Saúde do Trabalhador são definidas na Lei nº 8.080/1990, ao estabelecer no Art. 6º como um:

Conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, *on-line*).

Em 1998, a Portaria nº 3.908/GM propôs uma importante normatização, ao estabelecer mecanismos para nortear e operacionalizar as práticas e serviços referentes à Saúde do Trabalhador no SUS, orientando e definindo de modo mais efetivo a ação do SUS nesse setor (BRASIL, 1998).

No entanto, foi somente em 2002 que se instituiu legalmente a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, sendo redefinida pela Portaria nº 2.728/ GM, de 11 de novembro de 2009. A RENASt foi uma estratégia fundamental para assegurar uma melhor assistência na Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras, considerando o trabalho como fator determinante no processo saúde-doença (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009).

A RENASt vem atuando, desde 2003, como principal estratégia para efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, amparada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e financiada por meio de recursos do Fundo Nacional de Saúde (MENEGON et al., 2018).

A partir das deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, no ano de 2005, foi publicada a Portaria nº 2.437 do Ministério da Saúde, que aumentou a rede dos CERESTs e ressaltou a relevância das ações de vigilância e a participação da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2005).

Dando continuidade aos importantes avanços legais na Saúde do Trabalhador, após anos de debates, foi criada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria nº 1.823/2012 do Ministério da Saúde, que tem como objetivo determinar os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem consideradas pelas três esferas de gestão do SUS para o avanço da atenção integral à saúde do trabalhador, com foco na promoção, proteção e vigilância à saúde dos trabalhadores, bem como, na diminuição da morbimortalidade resultantes dos modos de produção e dos modelos de desenvolvimento (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo as condições de saúde desfavoráveis das populações do campo e da floresta e com o intuito de reduzir as

desigualdades em saúde e a diminuição dos agravos que recaem sobre os índices de morbimortalidade nestas populações, criou através da Portaria MS/GM nº 2.460/2005 o Grupo da Terra, como uma estratégia para possibilitar a comunicação entre os movimentos sociais do campo e da floresta e a gestão do SUS. Também com o intuito de atender às demandas de saúde desse grupo populacional, formular a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta (PNSIPCF) e estabelecer ferramentas para a sua implantação (BRASIL, 2013).

Diante disso, a PNSIPCF foi instituída no contexto do SUS, através da Portaria nº 2.866/2011 tratando-se de uma ferramenta norteadora e legal que reconhece as especificidades de saúde dessas populações. Em 2014, a Portaria nº 2.311/2014 alterou a PNSIPCF, incluindo o termo “águas” em sua denominação, passando a vigorar como Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2014).

Para as finalidades da PNSIPCFA considera-se populações do campo, da floresta e das águas:

Povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionadas predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros; (BRASIL, 2013, p. 08).

Assim, a PNSIPCFA visa à promoção a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, através de práticas que valorizem as particularidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, sexualidade e religião, garantindo o acesso aos serviços de saúde, diminuindo os agravos e riscos à saúde resultantes dos processos de trabalho e das tecnologias agrárias, como também, melhorando a qualidade de vida e os indicadores de saúde. (BRASIL, 2014).

2.5 O Papel da Atenção Básica na Assistência à Saúde do Trabalhador Rural

Sob uma visão ampla de saúde, é necessário levar em consideração que as pessoas vivem em um ambiente dinâmico, onde suas relações pessoais e profissionais, bem como, as condições ambientais intervêm e devem ser

ponderadas, sobretudo, diante da importância que a Atenção Básica possui na Rede de Atenção à Saúde (MENEGON et al., 2018).

Dessa forma, as questões relativas à saúde do trabalhador devem ser avaliadas na assistência e cuidado ofertados aos usuários pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que ela constitui-se como um importante instrumento para reorientação das ações de atenção à saúde, expandindo seu olhar e abordagem para além dos aspectos biológicos, adentrando-se nas variadas situações advindas do ambiente do trabalho (BRASIL, 2018a).

Uma vez que, as equipes de saúde da família norteiam suas ações através do acompanhamento de um número definido e localizado de famílias nas suas áreas de atuação, assim como na observação das diversas perspectivas de como e onde os usuários atuam em suas atividades profissionais, isso pode garantir o aumento do conhecimento das causas das doenças, como também medidas mais eficazes na conservação da saúde dos trabalhadores da comunidade (BRASIL, 2017).

Ao integrar os aspectos de Saúde do Trabalhador na relação entre os usuários e a equipe de saúde da família, torna-se possível intensificar mudanças essenciais e que promovam saúde além das doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, existindo relação entre os locais de trabalho e os meios de produção com as condições de saúde e patológicas dos trabalhadores (ALVES, 2003).

Prezando pelo princípio da integralidade na atenção à saúde, os processos de trabalho nas equipes da Atenção Básica e as abordagens no contato com os usuários devem ser reorganizados, considerando sempre que se tratam de trabalhadores e que suas funções laborais possivelmente estão na determinação das condições de saúde e patológicas apresentadas no contexto da unidade de saúde (BRASIL, 2018a).

As equipes de saúde precisam também estabelecer diálogo com o CEREST, serviço especializado e essencial na garantia de direitos dos trabalhadores através de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde. É imprescindível que os profissionais que recebem esses trabalhadores estejam atentos a essas necessidades e às particularidades associadas, tanto nas ações da equipe quanto na relação com outras instâncias e setores, como o Ministério do Trabalho e a Previdência Social (MENEGON et al., 2018).

Quanto às doenças e agravos de notificação compulsória, a Rede Sentinela, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

(SNVS), conta com unidades de saúde responsáveis por identificar, analisar, diagnosticar, investigar, monitorar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças, agravos, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL, 2011a).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Pesquisa descritiva e analítica em uma abordagem qualitativa, selecionada por permitir compreender experiências, com seus elementos subjetivos envolvidos nas reações e nos comportamentos dos participantes. Trata-se de uma abordagem que responde a temas peculiares atentando-se para fatos não quantificáveis, lidando com os motivos, significados, comportamentos, anseios, valores e crenças, o que equivale a uma área mais profunda das relações, dos fenômenos e dos processos que não podem ser restringidos à aplicação de variáveis (MINAYO, DESLANDES; Gomes, 2012).

3.2 Local e Cenários de Desenvolvimento da Pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida no município de Juazeiro – BA, localizado no Submédio Vale do São Francisco, que possui uma economia relativamente agrícola apresentando um número considerável de trabalhadores rurais, sobretudo na zona rural onde estão localizadas 19 Unidades de Saúde da Família (USF), com 21 equipes da ESF.

Atualmente o município de Juazeiro possui 50 USF e 60 equipes da ESF, que são divididas entre os seis distritos sanitários existentes (BRASIL, 2020). Distrito Sanitário consiste em uma área geográfica que compreende uma população com características sociais e epidemiológicas e suas necessidades, bem como os recursos de saúde para assisti-la. Como estratégia de implementação do SUS, a implantação de distritos sanitários precisa ser considerada um processo social, assim como o SUS. Essa organização é a representação efetiva de uma política pública de âmbito social (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

A divisão das equipes da ESF por distrito sanitário abrange um maior território, mas de forma delimitada para melhor atender às necessidades por conseguir identificar os problemas de saúde local com mais facilidade (BRASIL, 2018a).

O quadro 1 apresenta as 19 Unidades de Saúde da Família e as 21 equipes da ESF na abrangência dos Distritos V e VI.

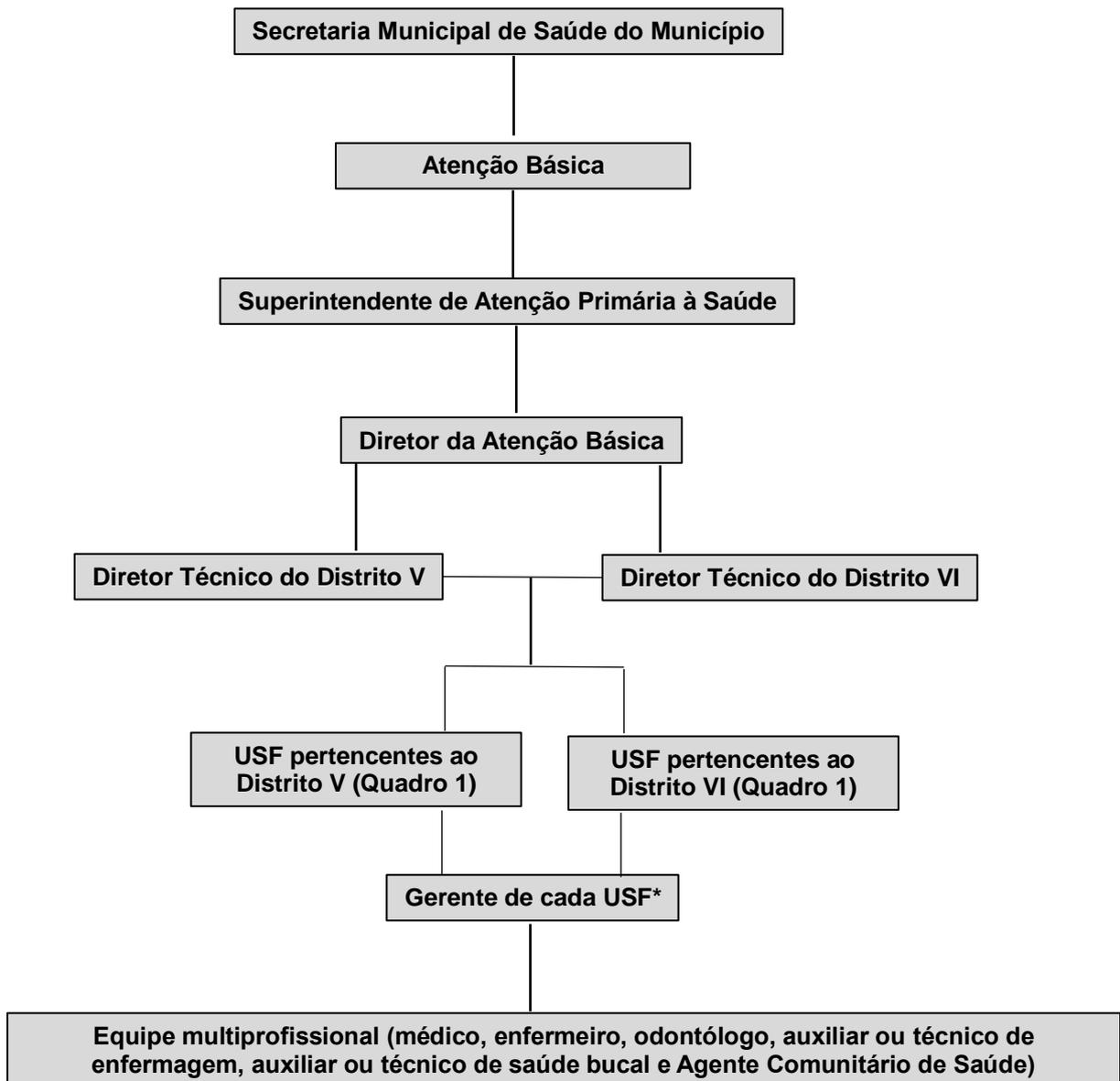
Quadro 1 - Unidades de Saúde da Família Rurais do Município de Juazeiro – BA

Unidades
Distrito V
USF Pinhões/Lagoa do Boi USF Carnaíba do Sertão USF Juremal/Massaroca USF Jardim Primavera* USF Capim de Raiz USF Lagoa do Salitre* USF Abóboras USF Goiabeira/Junco
Distrito VI
USF Mandacaru I* USF Mandacaru II* USF Maniçoba I (ESF Maniçoba I A e ESF Maniçoba I B*) USF Maniçoba II/Jatobá* USF Campos* USF Conchas USF Nh1/NH2* USF NH3 USF NH4* USF CAJ* USF Itamotinga (ESF Itamotinga A* e ESF Itamotinga B).

Fonte: Adaptação de Brasil (2020, *online*). *Unidades de Saúde da Família cujos gerentes de USF e/ou profissionais de saúde e/ou usuários participaram das entrevistas.

Todas as Unidades de Saúde da Família são vinculadas à Secretaria de Saúde do Município e integram a rede de Atenção Primária à Saúde (APS). A gestão das mesmas, descrita em organograma, compete hierarquicamente ao Superintendente de Atenção Primária à Saúde, ao Diretor da Atenção Básica e aos Diretores Técnicos, respectivamente, sendo cada distrito sanitário supervisionado diretamente por um Diretor Técnico, conforme descrito na figura 1.

Figura 1 - Estrutura hierárquica da Estratégia Saúde da Família da Zona Rural do Município de Juazeiro-BA



Fonte: Dados da pesquisa (2020). *Profissional de nível superior que já faz parte da equipe, desempenhando também a função de enfermeiro ou odontólogo ou médico da ESF.

Quanto à ESF é composta por uma equipe Interprofissional composta por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar ou técnico de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (JUAZEIRO, 2020). O funcionamento das unidades da zona rural é semanal em horário das sete às treze horas com exceção das USF Maniçoba I e Itamotinga que, devido ao número da população cadastrada ser grande, além de possuírem uma equipe da ESF que atende no período da manhã (Maniçoba I A e Itamotinga A, respectivamente), possuem outra equipe que atende das treze horas da tarde às dezenove horas da noite (Maniçoba I B e Itamotinga B, respectivamente).

3.3 Participantes da Pesquisa:

Participaram da pesquisa gestores da Atenção Básica e do CEREST (que se dispuseram a participar da pesquisa), gerentes de USF da zona rural, profissionais de saúde da ESF da zona rural, incluindo médicos, enfermeiros, odontólogos e usuários da ESF da zona rural.

Com relação aos gerentes de USF, profissionais de saúde da ESF e usuários, devido à natureza do estudo, a amostra foi voltada para a compreensão acerca do objeto. Desta forma, o estudo foi por saturação, cujo número adequado de entrevistas foi alcançado no momento em que os dados obtidos estavam se repetindo.

O critério de inclusão dos participantes para os profissionais de saúde foi possuir tempo mínimo de dois anos de trabalho na zona rural já para os usuários, os critérios foram: ser maior de 18 anos, trabalhador rural e residir na localidade assistida pela equipe por no mínimo dois anos.

Foram excluídos do estudo, os profissionais que no momento da pesquisa estavam de férias ou de licença.

3.4 Procedimentos de Recrutamento e Coleta de Dados

A escolha e a ordem de visita às unidades de saúde da zona rural para realização das entrevistas com os gerentes de USF, profissionais de saúde e usuários foi por conveniência, uma vez que se deu preferência às unidades localizadas próximas às áreas irrigadas do município, por essas terem um maior

número de trabalhadores rurais. Os participantes também foram recrutados por conveniência e as entrevistas foram realizadas com os indivíduos da população em estudo que se mostraram mais acessíveis, colaborativos ou disponíveis no momento da visita à USF.

Durante a coleta de dados foi entrevistado apenas um profissional de saúde por categoria e um usuário do serviço por USF, até a obtenção da saturação, respeitando o número mínimo estabelecido por Teodoro e colaboradores (2018) para saturação de amostra em estudos qualitativos que é de seis indivíduos. No caso dos profissionais de saúde a saturação foi por categoria profissional.

Os dados foram coletados no período de março de 2020 a setembro de 2021, por meio de entrevista individual, orientada por roteiros semiestruturados, contendo perguntas abertas, que possibilitou o entrevistado a discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Os roteiros para cada grupo de participantes foram elaborados pela pesquisadora de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa, possibilitando também a realização de um projeto-piloto (APÊNDICES A, B C, D, E).

As entrevistas foram registradas em um gravador de voz e, posteriormente, salvas em *pen drive*, com a autorização dos entrevistados. As informações coletadas serão guardadas pelo período de cinco anos.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um projeto piloto, entre os meses de outubro 2019 e fevereiro de 2020, com o objetivo de verificar se os instrumentos de coleta de dados, de gerentes de USF, profissionais de saúde e usuários, atendiam aos objetivos da pesquisa. Participaram do piloto dois gerentes de USF, dois profissionais de saúde e dois usuários. Uma vez que, foi constatado que os instrumentos respondiam aos objetivos propostos, deu-se início a coleta de dados e as entrevistas realizadas também foram incluídas na amostra do estudo.

3.5 Análise dos Dados:

Os dados foram tratados pela técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2006), especificamente a análise temática, que se configura como um conjunto de instrumentos metodológicos, que visa analisar variadas fontes de conteúdo verbais ou não-verbais (FREITAS; CUNHA JÚNIOR; MOSCAROLA, 1997). De acordo com Bardin (2011), a Análise de Conteúdo consta das seguintes etapas:

1) Pré-análise: consiste na leitura geral do material selecionado para a análise. De modo geral, organiza-se o material que será investigado a fim de que o analista consiga direcionar as ações subsequentes de análise. Esta fase inclui a leitura flutuante - primeiro contato com os documentos da coleta de dados que permite conhecer as entrevistas, textos e demais fontes a serem analisadas; a escolha dos documentos - trata-se da determinação do corpus de análise; a formulação das hipóteses e objetivos - com base na leitura inicial dos dados; e a elaboração de indicadores, o que permite a interpretação do material coletado.

2) Exploração do material: consiste na codificação para elaboração de categorias de análise, a partir do referencial teórico e das informações oriundas da leitura geral; no recorte do material, em unidades de registro (parágrafos, frases, palavras) equivalentes e com a mesma semântica; no estabelecimento de categorias que se diferem, tematicamente, nas unidades de registro (transição de dados brutos para dados sistematizados); no agrupamento das unidades de registro em categorias comuns e no agrupamento progressivo das categorias (iniciais, intermediárias e finais);

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: consiste em obter os conteúdos expressos e velados presentes em todo o material coletado (documentos, entrevistas e observação). A análise comparativa é executada por meio da junção das diferentes categorias contidas em cada análise, evidenciando os elementos classificados como semelhantes e os que foram considerados distintos.

3.6 Aspectos Éticos:

Foram respeitados os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, com base na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 16543319.9.0000.5196 (ANEXO A).

Os participantes foram orientados quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE F). Para preservar o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos durante a entrevista, os participantes foram identificados por números e os dados coletados foram codificados envolvendo o

menor número de pessoas neste processo, protegendo, assim, os dados de identificação contra roubos, reprodução ou difusão acidental.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Grupo constituído por 34 participantes, entre gestores (4), gerentes de USF (6), profissionais de saúde (18) e usuários (6), sendo 24 mulheres e 10 homens. Profissionais de saúde, gestores e gerentes, tinham idade entre 32 a 60 anos, 27 com pós-graduação e tempo de formação entre 09 e 37 anos e entre 03 meses a 12 anos exercendo a função na USF, 24 concursados e 04 contratados e o regime de trabalho variou entre 30 e 40 horas semanais. Dos seis usuários três eram mulheres e três homens com idade entre 40 a 62 anos. Com maior escolaridade o ensino fundamental completo. O tempo que residiam nas localidades variou de 05 a 62 anos, já o tempo de trabalho rural e na atual função foi de 10 a 50 anos e de 06 a 50 anos, respectivamente, com uma carga horária semanal de trabalho, que variou entre menos de 30 horas (2), 40 ou mais horas (4). Apenas dois deles eram trabalhadores formais com renda mensal média inferior ou igual a um salário mínimo.

Da análise do conteúdo das entrevistas emergiram as categorias: 1. Organização dos serviços de atenção à saúde do trabalhador rural: narrativas de gestores, gerentes e profissionais de saúde; 2. Cotidiano dos serviços e as práticas assistenciais na atenção à saúde do trabalhador rural; 3. Agravos que afetam a saúde dos trabalhadores rurais.

Categoria 1. Organização dos serviços de atenção à saúde do trabalhador rural: narrativas de gestores, gerentes e profissionais de saúde

Esta categoria apresenta narrativas de gestores, gerentes e profissionais de saúde que devido à função que ocupam e vivências práticas, reúnem informações essenciais para a compreensão da organização dos serviços de atenção à saúde do trabalhador rural incluindo Atenção Básica e CEREST.

As equipes são divididas por distrito, na zona rural existe dois distritos, distrito cinco e distrito seis, [...] e esse distrito ele fica sobre o apoio de uma diretoria técnica e uma diretora administrativa que dá o suporte para funcionamento das equipes. (Gerente de USF N.º 1).

As unidades estão organizadas por distritos sanitários que na região rural são dois. As unidades contemplam as áreas que ficam ao redor da própria

unidade do território adscrito, então tem essa organização [...]. (Gerente de USF N.º 2).

São vinte e uma Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estão distribuídas na zona rural e possui duas diretorias que estão trabalhando à frente na gestão para essas Unidades Básicas de Saúde, orientando e organizando as equipes na zona rural. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

Contudo, o pouco tempo dos gestores da Atenção Básica no exercício da função dificultou a obtenção de informações referentes às particularidades na implantação das unidades na zona rural.

Como eu disse, eu realmente não sei com relação à implantação de cada uma delas porque eu cheguei há dois anos e já estavam implantadas, não sei falar sobre essa implantação, organização, mas com relação à diferença, a distinção da zona urbana, por serem áreas de difícil acesso as unidades, as equipes elas trabalham em horário estendido, até uma hora da tarde, durante toda semana, de segunda a sexta [...]. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

Esse entendimento sobre diferenças de horário de funcionamento entre USF da zona rural e urbana reforça a ideia de que a gestão do trabalho em saúde e a organização das USF's que assistem populações rurais, precisam adotar uma lógica diferente da implantação de unidades na zona urbana, quando se trata de horário de funcionamento e do tipo de serviços ofertados, sendo necessário rever a oferta de serviços da Atenção Primária à Saúde para as Populações do campo, florestas e águas, levando em consideração as dificuldades de acesso tanto dos profissionais aos territórios onde atuam quanto da população à unidade de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO,2018).

Com relação ao incentivo financeiro para implantação de unidades urbanas e rurais, houve divergência nas respostas.

Ele se diferencia porque a maioria da população tem um nível de vulnerabilidade grande da zona rural, então pelo novo financiamento da Atenção Básica, quanto mais pessoas que estejam no grupo de vulnerabilidade, que recebam, que estejam dentro daqueles que tenham o bolsa família ou algum auxílio do governo, eles são classificados como vulneráveis, grupos vulneráveis e aí o peso é maior na questão do recurso. [...] As pessoas de zona rural elas tendem a ter um nível de vulnerabilidade maior e recebem muitas vezes um valor maior. (Gestor da Atenção Básica N.º1).

Agora o financiamento da Atenção Básica mudou agora é um novo modelo de repasse que altera totalmente as formas de repasse para o município que passa a ser agora por critérios, por desempenho que cada equipe

alcança e para ações estratégicas que ele é chamado Previne Brasil [...] e **ele não difere de zona rural para zona urbana** agora é por critério de desempenho que cada equipe vai alcançar, não tem mais zona rural, zona urbana não, agora é critério que cada equipe vai alcançar pra poder vim aquele repasse. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

Neste contexto, os autores mencionados anteriormente consideram que o financiamento de USF deveria levar em consideração o tamanho do município, ou maior número de pessoas vulneráveis e menores densidades demográficas, uma vez que quanto maior a distância percorrida pelas equipes, maior o gasto com transporte (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). Assim, o financiamento de equipes de áreas rurais e remotas deve ponderar e incluir gastos referentes à aquisição e manutenção de veículos para as equipes de saúde da família, incluindo os condutores de veículos aquáticos ou terrestres, como integrante das equipes mínimas de saúde da família de áreas rurais e remotas.

Para gerentes e profissionais de saúde da ESF participantes da pesquisa, a maioria da população assistida nessas USF é de trabalhador rural, o que já era esperado, uma vez que se optou pelo desenvolvimento da pesquisa em unidades de saúde localizadas próximas às áreas irrigadas do município, como observado nas narrativas abaixo:

Lá é uma região de fruticultura muito forte, então a maioria da população trabalha nessas empresas de fruticultura, cuidando da plantação, da irrigação, manipulando agrotóxico [...]. (Gerente de USF N.º 1).

A maioria das pessoas atendidas pela equipe são de baixa condição financeira, trabalham nos grupamentos com agronomia mesmo, [...] o ramo de maior destaque é a própria agricultura [...]. Muitos trabalhadores rurais, a maioria deles. (Gerente de USF N.º 2).

Acredito que a grande parte da população assistida por minha equipe é de trabalhador rural. A maioria é jovem, porque a minha equipe acompanha muitas fazendas e essas pessoas que residem nessas fazendas, a grande parte é de trabalho informal e possui muitos trabalhadores rurais. (Profissional de Saúde N.º 1).

A maior parte dos homens e algumas mulheres são trabalhadores da AGROVALE (Agro Indústrias do Vale do São Francisco S.A., empresa produtora de açúcar, etanol e bioeletricidade) [...]. (Profissional de Saúde N.º 3).

Aqui a gente atende muito trabalhador da fruticultura irrigada, então temos uma população bastante flutuante aqui. Em alguns períodos do ano chegam trabalhadores para ser incorporados nas empresas, para o trabalho rural. Como eu falei, mais de 90% dos pacientes são trabalhadores rurais, acho que aqui trabalham com atividade rural. (Profissional de Saúde N.º 4).

Muitos são trabalhadores rurais, com contratos de trabalho temporários, dependentes de safras, que alternam com períodos de trabalho informal para completar a renda. Há uma população flutuante considerável, que oscila de acordo com os períodos de safra. (Profissional de Saúde N.º 7).

As USF da zona rural foram mencionadas como os principais serviços de atenção à saúde do trabalhador rural do município e o CEREST, hospitais e UPA como serviços de referência.

Acho que a **Unidade Básica de Saúde** é a primeira opção dos trabalhadores rurais e após as unidades básicas os profissionais direcionam, caso haja necessidade, para a rede especializada, a rede hospitalar e para o **CEREST**, eles fazem a notificação através da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e encaminham para o CEREST. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

O primeiro lugar que a população procura é a Unidade Básica de Saúde, nós somos referência para aquela população adscrita, então toda e qualquer necessidade eles sempre procuram o nosso serviço. (Gerente de USF N.º 1).

A Unidade de Saúde da Família, porque é mais próxima de suas casas [...] então a unidade de saúde da família é o local mais acessível a eles. (Gerente de USF N.º 3).

O primeiro lugar é nossa unidade de saúde, eles vão antes, para que a gente avalie para encaminhar, mesmo que haja necessidade de encaminhar para **UPA**, para **Maternidade**, para o **Regional**, eles primeiro passam na nossa unidade, seja o caso que for, eles gostam de ser avaliado pela gente. (Profissional de Saúde N.º 2).

Sempre é a unidade [...]. Muitas vezes a indicação já é direto pra vir pra sede, para UPA, mas eles sempre passam lá na unidade. (Profissional de Saúde N.º 12).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica consiste na principal porta de entrada e ponto de comunicação da rede de atenção à saúde, devendo ser o primeiro contato dos usuários aos serviços de saúde, norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, humanização, acessibilidade, vínculo, cuidado continuado, responsabilização e participação social (BRASIL, 2011b).

Apesar do entendimento sobre a USF como principal serviço de atenção à saúde do trabalhador rural e dos serviços de referência citados, participantes desconhecem a existência de uma representação gráfica da estrutura da rede de atenção à saúde do trabalhador rural do município, que descreva a organização estratégica dos serviços, sua hierarquia e fluxos de atendimento.

Existe não, porque quando acontece acidente de trabalho encaminha para os hospitais e preenche a CAT e encaminha ao CEREST, mas não tem esse fluxograma, o que acontece para onde encaminhar não. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

Formalmente, eu nunca vi, mas pode ser que tenha no plano municipal de saúde, deve ter alguma coisa relacionada a isso também, nunca vi, não conheço, mas pode ser que exista. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

A utilização de fluxogramas de atendimento é uma prática efetiva, pois eles auxiliam no processo administrativo e organizacional, propiciando um melhor entendimento quanto à orientação dos fluxos (NASCIMENTO, 2013). Neste sentido, a ausência desses instrumentos organizacionais reflete na estruturação e articulação da rede de atenção à saúde do trabalhador rural do município pesquisado, cujas falhas, sobretudo relacionadas à articulação, comunicação entre os setores e definição de fluxos, compromete a continuidade da assistência.

Como eu falei anteriormente, a gente tem uma rede pronta, bem estruturada, mas infelizmente essa rede não funciona como deveria funcionar, a gente encaminha os trabalhadores para referência, mas a gente não acaba tendo retorno, do motivo pelo qual a gente encaminhou, então acaba tendo um quebra, uma fragmentação desse cuidado, dessa continuidade do cuidado, então, infelizmente, não tá tão integrado assim não, tem falhas. (Gerente de USF N.º 1).

A rede de atenção ao trabalhador rural, a rede que o trabalhador tem acesso e percorre é a mesma rede de todos os outros indivíduos a partir das suas necessidades [...] ele vai adentrar na rede como um cidadão, não tem um serviço especializado para o trabalhador rural. Em relação ao trabalhador, de uma forma geral, a gente tem na rede, o serviço que é prestado pelo CEREST, que é um centro de referência, então o trabalhador rural também tem acesso a esse serviço. Na minha opinião, a rede ela é bem fragmentada, na verdade, não existe uma composição efetiva e aí os setores não se comunicam muito bem, não tem um fluxo definido, então na minha opinião, não. (Gerente de USF N.º 2).

Considerando como porta de entrada a Estratégia de Saúde da Família, o trabalhador rural procura a equipe de saúde da família e em caso de necessidade de especialidades ele segue o mesmo fluxo de todos os outros usuários do serviço [...] sem priorização [...] ao meu ver, o trabalhador rural segue o fluxo que todos os outros usuários do serviço segue. Não, em minha opinião essa rede não está bem articulada, principalmente, quando se trata de trabalhador [...]. (Profissional de Saúde N.º 1).

Eu acho que a rede do nosso município ela é muito limitada tá, então até assim, muitos profissionais até desconhecem a existência do CEREST, muitos profissionais não sabe nem para que ele serve, qual a importância, quais são as funções que são realizadas nele e muitas vezes, **essas notificações, esses pacientes, esses trabalhadores rurais eles são**

subnotificados, muitas vezes eles passam na unidade, relatam suas queixas e **muitas vezes os profissionais não fazem associações**, não querem nem saber qual é o trabalho que essa pessoa desenvolve ou não e acaba por passar despercebido, é tratado como uma dor local, uma coisa, uma doença aguda e pronto, faz o tratamento e vida que segue [...]. (Profissional de Saúde N.º 2).

Não, na verdade, eu que acho o município não tem essa rede articulada, na verdade, não existe uma rede articulada, muito menos pensando especificamente na saúde do trabalhador, apesar de ser um município que tem uma grande quantidade de trabalhadoras rurais, pelo fato da fruticultura irrigada ser a grande mola propulsora da economia local, mas assim, eu desconheço qualquer rede organizada e estruturada voltada para a saúde do trabalhador aqui em Juazeiro. (Profissional de Saúde N.º 4).

Bom, a saúde do trabalhador do município, pelo menos aqui pra gente, nós atendemos aos pacientes pelos programas normais que tem na unidade a gente considera assim as especificidades deles, mas, não percebo, eu sei que existe o CEREST, mas assim não temos esse contato com eles e também não foi passado pra gente, pela secretaria, como esta estruturada e de que forma está articulada ou é pra articular essa rede. (Profissional de Saúde N.º 5).

Na verdade, ainda não compreendi como está estruturada essa rede de apoio ao trabalhador e acredito que a maioria dos profissionais está na mesma situação, visto que em geral, a Secretaria de Saúde não orienta sobre fluxo do serviço e vamos descobrindo no dia-a-dia. (Profissional de Saúde N.º 7).

Um dos profissionais chamou a atenção para as subnotificações. Percebe-se que sistemas de informações inadequados em conjunto com a subnotificação geram dados inconsistentes e que não refletem a realidade sobre a ocorrência de acidentes e de doenças ocupacionais (ZANOTTI, 2017), chamando a atenção para o fato de raramente serem feitas associações entre as doenças ocupacionais e o trabalho, devido a exposição a determinados agentes possuírem efeitos a longo prazo.

Portanto, uma rede de atenção à saúde do trabalhador rural precisa estar organizada de modo a favorecer a articulação entre a Atenção Primária à Saúde, CEREST e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). Nessa questão, é essencial a articulação interna entre equipe, gestão e fluxos adequados de referência e contra referência, expandindo e integrando as ações diante das necessidades e demandas provenientes do trabalho no qual os indivíduos estão submetidos (MENEGON et al., 2018).

Com relação ao CEREST, com sede no município de Juazeiro, é referência para dez municípios do norte baiano.

O CEREST de Juazeiro não é municipal, ele é um centro de referência regional, que além de atuar na área de Juazeiro, atua também em Campo Alegre de Lurdes, Curaçá, Canudos, Casa Nova, Sobradinho, Sento Sé, Uauá, Remanso, acho que falei todos os nove, fora Juazeiro. [...] é a Microárea do território da Macronorte, que além de Juazeiro ele comporta Paulo Afonso e Senhor do Bonfim. [...] a sede sempre foi em Juazeiro, ela nunca deixou de funcionar. (Gestor do CEREST N.º 1).

O CEREST sempre participou aqui na região mesmo, por ser referência macrorregional, ele é referência para Juazeiro e para os dez municípios. Nunca esteve desativado, nós tivemos sempre o atendimento efetivado no CEREST. [...] hoje ele abrange Campo Alegre de Lurdes, Pilão Arcado, Sento Sé, Remanso, Casa Nova, Juazeiro, Canudos, Curaçá, Uauá e Sobradinho. (Gestor do CEREST N.º 2).

Também foi referido que o CEREST funcionava desfalcado da equipe mínima exigida.

A nossa composição obrigatória são seis de nível superior e quatro de nível médio. Hoje a equipe é composta por um médico, duas enfermeiras, uma enfermeira gerente, temos uma agente de endemias, um técnico agrícola, uma terapeuta ocupacional, uma acupunturista que também é fisioterapeuta, uma assistente social. Eu preciso ter quatro integrantes de nível médio, só que a obrigatoriedade de uma técnica de enfermagem, isso ela tinha pedido exoneração, e aí hoje eu só tenho dois, que é a agente de endemias e o técnico agrícola, eu ainda preciso de mais dois para completar o nível médio. (Gestor do CEREST N.º 1).

Identifica-se aí, um desacordo com a Resolução N.º 603, de 08 de novembro de 2018 que trata da equipe mínima de quatro profissionais de nível médio e seis profissionais de nível superior para os CERESTs Regionais (BRASIL, 2018b).

Com relação à organização das ações de cuidado ao trabalhador rural no CEREST e à existência de fluxograma, os gestores também relataram que não existe um fluxograma voltado para as ações em saúde do trabalhador rural e que o mesmo trabalha de acordo com as demandas que vão chegando, ou seja, com a demanda espontânea.

Com relação à organização das ações do cuidado como eu te falei, não existe um cronograma voltado para uma área específica a gente trabalha com as demandas que chegam no CEREST [...]. Na realidade o cronograma ele é feito em cima das demandas que vão surgindo se houver um trabalhador rural e aquela demanda surgiu pra gente naquele dia, é destinada uma equipe para fazer o atendimento daquela pessoa [...] Quanto ao fluxograma que você tá falando, ele não existe porque, como eu te falei, a gente espera a demanda surgir [...]. (Gestor do CEREST N.º 1).

Atualmente no CEREST, a gente trabalha com demanda espontânea, apesar de que, nos municípios nós temos pessoas de referência para trabalhar na temática de saúde do trabalhador [...] não é muito bem articulado, mas a gente tem um contato mais próximo com o CEREST que é onde eles podem estar encaminhando esse trabalhador rural para o atendimento [...]. (Gestor do CEREST N.º 2).

Assim, para este município, percebe-se que não há um planejamento de ações específicas para a saúde do trabalhador rural, assim como, uma proposta de trabalho que possa facilitar o atendimento às demandas desse trabalhador. Ações que são essenciais uma vez que a atividade rural requer do trabalhador um grande esforço físico, tornando fundamental o investimento em ações de promoção da saúde para diminuir os efeitos danosos à saúde dos mesmos (FRANCO-BENATTI, 2015). Desta forma, as estratégias de intervenção focadas na prevenção de agravos, como as doenças relacionadas ao trabalho também devem ser executadas pelo CEREST, com vistas à redução dessas doenças, bem como, a fiscalização dos ambientes de trabalho, com o intuito de adequar e melhorar o ambiente laboral (FRANCO-BENATTI, 2015).

Categoria 2. Cotidiano dos serviços e as práticas assistenciais na atenção à saúde do trabalhador rural

Esta categoria aborda o dia a dia de trabalho nas USF's e no CEREST e as práticas assistenciais de atenção e cuidado à saúde do trabalhador rural desenvolvidas. Também descreve o entendimento narrado por gestores, gerentes e profissionais sobre saúde do trabalhador rural e o papel da ESF e do CEREST no cuidado a esses trabalhadores.

É uma atenção à saúde que seja planejada, que tenham políticas públicas voltadas para esses profissionais que precisam realmente de uma atenção específica, uma atenção que venha melhorar o seu acesso, principalmente, aos serviços de saúde e que contemplem também uma assistência que tenha especificidades na questão de assistência a patologias que sejam próprias desses trabalhadores [...]. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

Entendo como uma atividade destinada realmente ao cuidado a esses trabalhadores já que eles estão expostos diariamente ao uso de agrotóxicos, **defensivo agrícola**, com orientações quanto ao uso correto do EPI [...] avaliar também as condições de trabalho desses trabalhadores rurais, se são condições salubres de trabalho e visar também né tanto à recuperação, reabilitação desses trabalhadores, quando eles forem

submetidos há algum risco das condições de trabalho. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

Para eles, trabalhadores rurais necessitam um atendimento integral, considerando as características do trabalho, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esses também citaram ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e tratamento de doenças relacionadas ao trabalho rural. No entanto, as narrativas dos gestores do CEREST mostram um entendimento diferente dos demais participantes, estando limitado a riscos relacionados ao uso dos agrotóxicos, às notificações e à precariedade da assistência.

É o cuidado que a gente tem que ter ao trabalhador, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e social também. A gente precisa ter um olhar diferenciado né até porque eles, dentro do seu ambiente laboral, estão expostos a muitas doenças e que estão associadas a isso [...]. (Gerente de USF N.º 1).

Eu entendo que é uma área que é especializada que vai levar em consideração os aspectos que são resultantes daquele trabalhador dentro de um contexto do trabalho, que é o trabalho rural, então ele apresenta características diferentes, perfil epidemiológico diferente, então, a partir dessa área é feita essa análise. (Gerente de USF N.º 2).

Pra mim é um conjunto de atividades e de ações que nós podemos realizar de forma a promover a saúde do trabalhador rural, prevenindo doenças [...] e tratar também problemas relacionados ao trabalho dessa pessoa né, o trabalho rural. (Profissional de Saúde N.º 1).

O atendimento integral ao paciente, mas levando em consideração as características do trabalho que são realizadas por esse paciente específico né. (Profissional de Saúde N.º 4).

É um conjunto de ações destinadas a promoção da saúde do trabalhador rural. (Profissional de Saúde N.º 7).

Que a gente leve ele a entender a importância da seguridade, do uso dos EPI's, que ele faça com maior cuidado possível, principalmente os **defensivos agrícolas**, que causa muito dano à saúde. (Profissional de Saúde N.º 12).

[...] Então a atenção a saúde do trabalhador rural é justamente está voltado a essa região, a esse trabalhador que atua nessa região, que é a rural, as ações que são disponibilizadas pra zona urbana são as mesmas disponibilizadas para a zona rural, contudo, o que a gente observa é que o aspecto das notificações que a gente se debruça ela acontece mais na zona rural [...]. (Gestor do CEREST N.º 1).

Hoje nós temos uma precariedade [...] porque nós não temos uma fiscalização mais ativa, principalmente quando nós pensamos na aplicação

de agrotóxicos principalmente na nossa regional somos uma segunda área de fruticultura irrigada do Brasil, porém a gente ainda tem muitas falhas na aplicação de agrotóxico, é o que faz com que contamine o nosso agricultor [...] o agricultor ainda é uma profissão muito sensível de atendimento, precário ainda o atendimento relacionado a ela, aí o CEREST vem muito no apoio né, porém ainda está muito longe da excelência de atendimento voltado para esta população. (Gestor do CEREST N.º 2).

Apesar de a exposição a agrotóxicos está entre as principais vulnerabilidades a que estão expostos os trabalhadores rurais, pensar na assistência à saúde para esse público apenas sob esse olhar, é limitado, uma vez que a atividade rural expõe trabalhadores a diferentes riscos à sua saúde, como físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes, o que exige dos gestores e profissionais de saúde uma visão desfragmentada e ampliada, que possibilite a integralidade da assistência.

Além disso, percebeu-se, em uma das falas de um dos gestores do CEREST, o uso equivocado e inapropriado do termo "defensivos agrícolas", fortemente utilizado pela agroindústria e que oculta a toxicidade desses compostos. Com relação à terminologia dos produtos químicos usados na agricultura, no dia 11 de julho de 1989 foi sancionada a Lei Nº 7.802 que regulamentou o uso do termo "agrotóxico" como a denominação correta a ser empregada para esse tipo de produto (BRASIL, 1989). Machado (2008) afirma que após a publicação da referida Lei, enfim, foi considerada inapropriada a utilização do termo "defensivo agrícola" que deturpava o conceito e cuja nomenclatura desviava da linha terminológica internacional. Desse modo, o termo "agrotóxico" foi adotado e indica a presença de substância perigosa.

Ainda sobre a utilização dos agrotóxicos, há um cenário bastante preocupante no Brasil, para a saúde e o meio ambiente, com a tramitação do Projeto de Lei 6299/02, conhecido como "Pacote do Veneno" que objetiva flexibilizar ainda mais o uso dessas substâncias no país. O mesmo configura um grande retrocesso, e evidencia o privilégio dos interesses econômicos do agronegócio em detrimento da defesa do meio ambiente e da saúde, sobretudo, quando propõe a alteração da definição de agrotóxico para "produtos fitossanitários" (PORTO, 2018).

O entendimento dos gestores, gerentes e profissionais sobre o papel da ESF no cuidado ao trabalhador rural, é de que esta estratégia se constitui porta de entrada desses trabalhadores aos serviços do SUS, cabendo-lhe acolher, garantir o acesso e a assistência integral.

É facilitar o acesso desses trabalhadores já que muitas das vezes, na grande maioria das vezes, eles não possuem um horário específico um horário que possa ir à assistência aos serviços de saúde [...]. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

Eu acho que o papel principal da Atenção Básica é garantir o acesso dos trabalhadores às Unidades Básicas de Saúde garantindo a ele atendimento [...] garantir todo o atendimento desses trabalhadores nas Unidades Básicas, eu acredito que seja a peça fundamental da Atenção Básica na atenção a saúde dos trabalhadores rurais. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

Então, independentemente de ser trabalhador rural ou não ele precisa ser acompanhado pela equipe e a gente precisa apenas ter um olhar um pouco mais diferenciado, justamente como foi falado, a esses riscos porque muitos problemas de saúde pode estar relacionado ao trabalho dele. [...] um dos nossos papéis é tá cuidando de fato da saúde deles, de tá educando, explicando os riscos, tentando orientá-lo também para minimizar os riscos, orientá-lo sobre a prevenção, de promover a saúde do trabalhador, de também tá dando esse suporte para evitar essas possíveis complicações. (Gerente de USF N.º 1).

Eu acho que como todas as outras áreas, a Estratégia Saúde da Família ela é a responsável primeira, desse atendimento, desse cuidado e por o acesso ser mais facilitado, justamente acho que é a que vai gerar mais efetividade nas ações, então eu acho que tem grande importância e é realmente o principal responsável pelo desenvolvimento das ações. (Gerente de USF N.º 2).

A Estratégia de Saúde da Família, os cuidados na atenção ao trabalhador rural em Juazeiro, em minha opinião, exercem um papel fundamental e essencial e até preponderante, ele se sobressai aos outros serviços justamente porque é o serviço que está mais próximo dessa população então nós temos maior acesso, mais contato e nós podemos atuar de forma mais integral e contínua na saúde dos trabalhadores [...]. (Profissional de Saúde N.º 1).

Então, como porta de entrada para o SUS, a gente acaba ouvindo as primeiras queixas dessas pessoas relacionadas ao trabalho e a depender da complexidade do caso, a gente vai dar andamento, encaminhando o paciente para os centros de referência ou para algum serviço especializado, além do que são oferecidos no CEREST, mas é principalmente ser a porta de entrada para as queixas de um modo geral [...]. (Profissional de saúde N.º 4).

Para esses profissionais, o papel da ESF está alinhado à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), cabendo-lhe identificar riscos, necessidades e/ou demandas de saúde e intervir sobre os mesmos por meio da construção de vínculos positivos ou de intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2017).

As práticas assistenciais de atenção à saúde do trabalhador rural no município são planejadas através de reuniões com as equipes da ESF:

Dentro da gestão da Atenção Básica existem duas diretoras, duas gerentes, voltadas para o planejamento dessa prática e são feitas reuniões em que a gente pensando nessa estratégia de zona rural, de trabalhadores rurais, colocamos políticas, reforçamos a distinção de que deve se tratar um serviço de saúde voltado para estes trabalhadores. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

Esse planejamento a gente faz reuniões de distrito que cada equipe ela vai relatando as suas dificuldades quanto ao acompanhamento desses trabalhadores e aí nós vamos traçando estratégias, para melhor acompanhá-los, que cada equipe tem sua especificidade, então nós vamos traçando metas nessas reuniões pra melhor acompanhar esses trabalhadores. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

A gente faz reuniões mensais, nessas reuniões a gente planeja as ações de acordo com as necessidades [...] Os planejamentos são feitos nas reuniões de equipe mensalmente, de acordo com a necessidade, ou até mesmo quando a empresa vem até a equipe e solicita que a equipe vá até o local e faça o serviço ou alguma atividade com aqueles trabalhadores. (Gerente de USF N.º 1).

Como é uma área de perfil de trabalhador rural, na grande maioria, essas ações são planejadas mensalmente, pensando no público, pensando nos horários que eles estão disponíveis para acessar o serviço de saúde, pensando na forma de legitimar e tornar esse acesso mais fácil, fazendo conversas com as empresas que eles estão vinculados [...]. (Gerente de USF N.º 2).

Olha nossas ações de atenção à saúde, a qualquer grupo, seja trabalhador, hipertenso ou diabético, nós realizamos uma vez ao mês, que nós temos uma reunião mensal e é nessa reunião mensal que nós discutimos o que a equipe vai fazer em relação a cada grupo de atendimento. Do trabalhador, a gente sempre tenta oferecer para esse trabalhador uma escuta qualificada, a questão do atestado médico, para no caso que ele precisar repousar por devida lesão, o apoio de notificar e encaminhar ele para o CEREST, a gente sempre procura sempre tá fazendo isso. (Profissional de Saúde N.º 2).

Bom, essa questão das atividades a gente faz essa programação e planejamento de ações através de reuniões, a equipe se reúne, marca o dia e aí a gente faz, discute, os agentes trazem as questões deles, colaboram também, todo mundo participa, no dia tem o envolvimento né de toda equipe, tanto no dia como antes na reunião, inclusive agora estamos numa pandemia fazemos inclusive reuniões virtuais também pra fazer esse planejamento né. (Profissional de Saúde N.º 5).

De acordo com o Ministério da Saúde as equipes de saúde devem realizar reuniões para discutir em conjunto o planejamento e avaliação das atividades que serão executadas, de acordo com as necessidades de saúde da população assistida (BRASIL, 2017) e essa prática foi identificada, na maioria das falas dos entrevistados que relataram que essas reuniões ocorrem mensalmente com as equipes, de acordo com as necessidades. Porém identificamos que em duas unidades essa prática não ocorre.

Como eu disse anteriormente, nós não temos um turno específico para esse trabalhador, infelizmente, nos últimos anos, até a algum tempo já, nós não temos planejado nenhuma atividade específica de assistência ou de cuidado ao trabalhador rural. (Gerente de USF N.º 3).

Não tem um cronograma direcionado especificamente para o trabalhador rural, dentro dos programas básicos, assistência a hipertenso e diabético, assistência à saúde da mulher, assistência pré-natal, assistência à criança, aí os trabalhadores rurais estão incluídos nessas modalidades aí. (Gerente de USF N.º 4).

Mesmo afirmando que esse planejamento era feito durante reuniões, alguns relataram que na equipe que atuavam não eram planejadas atividades de cuidados aos trabalhadores rurais, nem mesmo, relacionadas aos potenciais riscos à saúde a que estão submetidos e à prevenção de agravos. A falta desses planejamentos reflete inclusive nas ações voltadas para esse grupo como a falta de um cronograma de atividades na USF específico para o trabalhador rural, maioria da população assistida nessas unidades. As falas a seguir apontam que não há um dia específico de atendimento para esses trabalhadores e que os mesmos são atendidos de acordo com os programas e dias destinados aos demais usuários do serviço.

Sim. Existe um cronograma de atividades, mas o trabalhador rural não está inserido, especificamente, nesse cronograma, não como trabalhador rural. Todas as pessoas tem acesso à unidade de saúde da família, mas nós não temos, por exemplo, um turno específico para atendimento em saúde do trabalhador rural. (Profissional de Saúde N.º 1).

Nós temos um cronograma, sim, de atividades, mas na minha unidade não tem dia específico para a saúde do trabalhador né, é uma demanda espontânea, ou seja, não é programada, o paciente que aparece lá, ele é passado no acolhimento e de acordo com a queixa dele, ele vai ser direcionado para consulta ou de enfermagem, ou médica, mas no nosso cronograma não tem dia específico para a saúde do trabalhador. (Profissional de Saúde N.º 2).

A gente tem um cronograma que foi feito desde o início de acordo com o programa de saúde da família, então a gente tem nesse cronograma: crianças, têm gestantes, hipertensos e diabéticos e tem a demanda espontânea, onde normalmente eles são inseridos ou então [...] tem esses trabalhadores que alguns são hipertensos, alguns são diabéticos, aí esses que são inseridos nesse grupo. (Profissional de Saúde N.º 3).

Não existe um momento de atendimento específico ao trabalhador né, assim, os trabalhadores aqui ele acessam o serviço como outro usuário qualquer né, na verdade, não existe nenhum momento voltado especificamente para o trabalhador, mas também não existe nenhuma limitação do acesso né. (Profissional de Saúde N.º 4).

O cronograma de atividades é o cronograma normal que toda unidade faz e tem então assim, não existe um horário, um agendamento específico para o trabalhador rural, ele, como aqui a maior parte da população são de trabalhadores rurais, ele está inserido, transversalmente, por todo o cronograma da equipe. (Profissional de Saúde N.º 5).

A saúde do trabalhador rural constitui um desafio para a organização e execução dos serviços de saúde, uma vez que, os profissionais tendem a dar prioridade a outros grupos da população que buscam mais os serviços ou que possuem uma maior disponibilidade e se adequam mais facilmente a agenda da USF (KLEBA; MONTEIRO; PASIN JÚNIOR, 2019).

Assim, para melhor compreender implicações da falta desse planejamento específico para a saúde do trabalhador rural e sobre as práticas assistenciais implementadas pela Atenção Básica para promoção à saúde do trabalhador rural no município, foi perguntado aos gestores e profissionais de saúde da ESF como se dava a atenção e o cuidado dispensado aos trabalhadores rurais, sendo citadas pelos gestores ações para promover e facilitar o acesso dos trabalhadores rurais às USF e aos serviços ofertados, bem como, a realização de atividades educativas, o acompanhamento através de equipe multidisciplinar e as imunizações.

As falas dos gestores da AB corroboram o preconizado pelo Ministério da Saúde que afirma que a Atenção Básica tem como intuito garantir o acesso da população aos serviços de saúde, com qualidade, equidade e no tempo adequado para atender às necessidades da população e a ESF tem um papel fundamental na garantia e melhoria da saúde do trabalhador rural, possibilitando o acesso ao SUS e seus serviços (BRASIL, 2013).

No entanto, percebeu-se nas falas dos profissionais de saúde que a assistência aos trabalhadores rurais na ESF se dava da mesma forma dos demais usuários do serviço, sendo inseridos nos programas existentes, não havendo nenhum cuidado planejado e direcionado às suas especificidades e necessidades de saúde, conforme preconiza a PNSIPCFA.

A Atenção Básica voltada para os trabalhadores rurais, ela tende a facilitar o acesso, então é fazer com que esses trabalhadores eles sejam recebidos nos seus serviços em horários que possibilitem eles a ter essa assistência, às vezes a própria unidade ela funciona em períodos noturnos, em finais de semana, que possibilite uma maior adesão desses trabalhadores ao serviço. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

Se da através de planejamento de atividades educativas, orientações a esses trabalhadores, ao acompanhamento desses trabalhadores pelas Unidades Básicas de Saúde, desde os profissionais de nível superior aos Agentes de Saúde, identificando na verdade as doenças relacionadas ao trabalho, quais são os danos que estão causando, as condições de vida desses trabalhadores, a garantia da imunização a esses trabalhadores. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

O trabalhador rural ele tem o mesmo acesso que todo o restante da população os agendamentos são feitos da mesma forma, a demanda espontânea é atendida da mesma forma, como eu já falei, não existe um atendimento específico, uma prática específica pra atendimento a essa pessoa por ele ser trabalhador rural, não na sua chegada, obviamente, a atenção e o cuidado ele vai considerar o seu trabalho né... mas a sua entrada é semelhante a dos outros profissionais e os encaminhamentos, os tratamentos dependerão das queixas ou dos desejos desse trabalhador. (Profissional de Saúde N.º 1).

[...] o atendimento é feito da mesma forma, normalmente eles passam pelo médico, [...] pelo dentista, passam pelo atendimento da enfermeira. (Profissional de Saúde N.º 3).

Não, na verdade assim, os trabalhadores rurais né, até por serem a quase totalidade das pessoas daqui da área que são trabalhadores, eles têm o atendimento... o atendimento eles vão se encaixar como qualquer outro usuário né, então eles têm a possibilidade de atendimento por demanda espontânea, a depender da necessidade de um atendimento mais imediato ou agendamento, que ocorre semanalmente. (Profissional de Saúde N.º 4).

Os trabalhadores são inseridos nos programas já existentes no Programa de Saúde da Família, além do suporte de urgência quando se faz necessário, dentro de nossas limitações, ou são encaminhados para serviços de melhor estrutura. (Profissional de Saúde N.º 7).

Não tem uma demanda específica pra saúde do trabalhador rural, a demanda deles é trazida à unidade e a gente adequa dentro dos programas. (Profissional de Saúde N.º 12).

Para planejar ações direcionadas a saúde do trabalhador rural é fundamental que se conheça as vulnerabilidades dessa população, bem como os riscos a que estão expostos, sendo verificada uma deficiência das equipes da ESF da zona rural quanto à realização de ações voltadas à prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e demais doenças que acometem a saúde dos trabalhadores rural, uma vez que, em geral, as mesmas não vêm sendo realizadas regularmente, de forma rotineira, planejada e efetiva pelos profissionais da ESF, sendo relatadas algumas ações pontuais, no entanto, percebe-se através das falas dos próprios profissionais que estas precisam ser melhoradas:

Bem, devo confessar que ultimamente não temos realizado atividades de prevenção de doenças ocupacionais, com relação às demais doenças, nós realizamos, principalmente, sala de espera com orientações àquelas pessoas que estão aguardando a consulta [...] mas com relação às doenças ocupacionais nós não realizamos já há algum tempo e a frequência da sala de espera, pelo menos uma vez por semana. (Profissional de Saúde N.º 1).

Olhe, eu acho que apenas uma vez por ano a gente faz atividade voltada para os trabalhadores, inclusive tem empresas lá que solicitam nossa atividade em educação em saúde nessas empresas e aí geralmente a gente reveza, uma vez vai o médico, outra vez vai o enfermeiro fazer essa atividade, mas é só uma vez ao ano que eles nos convidaram e a gente vai. (Profissional de Saúde N.º 2).

A questão da vacinação, o que é disponibilizado pela rede de frios e tudo sempre é feito. Essa questão de prevenção de acidentes e tudo está precisando melhorar, não tem dado tempo fazer ainda, é muita coisa, mas a vacinação tem sido sempre bem cuidada na medida que é fornecida essa vacina [...]. (Profissional de Saúde N.º 3).

Então, prevenção de acidentes a gente sempre costuma falar do uso dos EPI's, principalmente, quando a gente leva em consideração os pacientes que trabalham manipulando agrotóxicos, os pesticidas [...] Com relação à vacinação, pensando especificamente na saúde do trabalhador, eu não lembro de nenhuma medida que seja voltada assim, nenhuma medida. Assim, a antitetânica, por exemplo, é feita rotineiramente na unidade. (Profissional de Saúde N.º 4).

Como eu disse anteriormente, por exemplo, a vacinação segue o calendário normal que toda unidade deve seguir, com relação à prevenção de acidentes acho isso aí uma falha da própria unidade também talvez por conta disso que não foi passada pra gente nenhuma orientação pra realizar essas atividades, sobre doenças ocupacionais e outras doenças que acometem a saúde dos trabalhadores rurais [...]. (Profissional de Saúde N.º 5).

A imunização dos trabalhadores rurais se faz apenas quando conseguimos identificar a necessidade durante as consultas, ou após lesões perfurocortantes, pois esses pacientes dificilmente buscam a UBS por esse motivo. A equipe acaba fazendo orientações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores rurais durante os atendimentos do dia-a-dia, de forma individual. Nunca foi feita uma atividade em grupo com essa temática. (Profissional de Saúde N.º 7).

Imunização tem as campanhas, mas relacionada à doenças ocupacionais, prevenção de acidentes, nós não temos isso, é como eu estou te falando, preciso de treinamento. Precisaria de um dia específico pra orientar. (Profissional de Saúde N.º 17).

Sobre os serviços ofertados, observou-se que as USF da zona rural, ofertam os serviços básicos preconizados pela PNAB, como: vacinação, acompanhamento pré-natal, puericultura, preventivo, consultas clínicas e de urgência, visitas

domiciliares, além da realização de procedimentos como curativos e administração de medicamentos.

Entretanto, a USF não disponibiliza nenhum serviço voltado, para as especificidades dos trabalhadores rurais. Todos os serviços são voltados para a comunidade de um modo geral, divergindo da PNSIPCFA que preconiza por meio do SUS o acesso à saúde, respeitando os princípios da equidade, integralidade e universalidade, com o dever de atender as necessidades e demandas de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, considerando a diversidade, crenças e valores dessas populações e seus processos de produção e reprodução social (BRASIL, 2013). Tais aspectos abordados na PNSIPCFA, não foram identificados nas falas dos gerentes e profissionais de saúde.

A gente faz todos os cuidados básicos de pré-natal, puericultura, preventivo, cuidados as doenças crônicas, cuidados ao hipertenso, faz o primeiro atendimento, realizamos procedimentos, administração de medicamentos, o, ao diabético, atendimento de urgência, então a gente curativos, então, tudo aquilo que o Ministério da Saúde preconiza para a Atenção Básica a gente realiza dentro da unidade, vacina. (Gerente de USF N.º 1).

Consultas clínicas né, de acompanhamento, visitas domiciliares, vacinação, curativos, todos os procedimentos que são realizados nas UBS, são ofertados lá também, e o acompanhamento feito do indivíduo com a família, em grupos terapêuticos também. (Gerente de USF N.º 2).

Bem, nós ofertamos todos os serviços que nós ofertamos a população em geral na unidade de saúde. Nós oferecemos imunização, realização de curativos e de outros procedimentos que se fizerem necessários, atendimentos com consulta agendada, consulta de cuidado programado, continuado, demanda espontânea, atividades de educação em saúde, principalmente, com salas de espera e visita domiciliar, conforme a necessidade [...] essas consultas agendadas que eu mencionei estão aqueles programas preconizados pelo ministério da saúde. (Profissional de Saúde N.º 1).

Temos uma gama de oferta de serviços: vacinação, curativos, nebulização, consultas para grupos específicos, como pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, obesidade, saúde mental, saúde do trabalhador, dispensação de medicamentos, atividade educativa, a gente tem um grupo de hipertenso e diabético, acompanhado mensalmente, então nossa equipe oferece isso. (Profissional de Saúde N.º 2).

Tem o atendimento médico. Prioritariamente são os grupos: hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, mas tem um atendimento... atende a demanda também. Ai tem o atendimento médico, tem o atendimento da enfermeira, o atendimento aqui, odontológico, tem vacinas. Para a comunidade as vacinas são as ministradas pelo ministério da saúde. Tem os encaminhamentos para o serviço de referência, para as especialidades, que o que não for resolvido aqui na unidade é encaminhado para as

especialidades, para os hospitais. No caso da odontologia a gente tem um serviço de especialidade odontológica. (Profissional de Saúde N.º 3).

Consultas médicas, as consultas de enfermagem, atendimento odontológico, vacinação, entrega de medicamentos, curativo, nebulização, administração de injetáveis, enfim, assim a oferta geral das UBS's. (Profissional de Saúde N.º 4).

Aqueles serviços de atenção básica mesmo. Na verdade a porta de entrada para o sistema de saúde [...]. (Profissional de Saúde N.º 5).

A referida política, também enfatiza a relevância da ampliação da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família para garantia da equidade na assistência às pessoas do campo, sem discriminação de classe, raça, gênero e sexualidade, atentando-se para as particularidades desses usuários, sendo essas ações desenvolvidas em parceria com o NASF, por meio de equipe interdisciplinar (CARVALHO; NASCIMENTO, 2018).

No entanto, gerentes e profissionais de saúde afirmaram que não contavam com o suporte e matriciamento do NASF na assistência aos trabalhadores rurais, porque as Unidades da zona rural não dispunham do mesmo como referência.

Na zona rural a gente não tem vinculação com o NASF. (Gerente de USF N.º 2).

Não temos um NASF próprio para nossa equipe, quando a gente precisa de alguma assistência de algum profissional do NASF da zona urbana, a gente faz uma comunicação solicitando esse auxílio e aguarda se vai funcionar ou não. (Gerente de USF N.º 3).

Normalmente a gente não tem o NASF para o interior, antigamente o NASF da cidade dava uma assistência ao interior, mas não temos NASF. (Gerente de USF N.º 4).

Não, infelizmente nós que somos de zona rural não temos o NASF. (Profissional de Saúde N.º 2).

A gente não tem um NASF que seja direcionado a atender aqui não. (Profissional de Saúde N.º 3).

Não, aqui nós não temos, inclusive, no início da gestão eu tive uma parte, eu fazia residência e a gente tinha proximidade com o NASF lá na secretaria, inclusive lá tinha essa proposta de colocarem um NASF na zona rural, mas não foi dada continuidade. (Profissional de Saúde N.º 5).

Não, não temos NASF. (Profissional de Saúde N.º 13).

Implantado em 2008, o NASF propõe fortalecer a ESF, por meio de uma equipe de suporte interdisciplinar, composta conforme a necessidade de cada município para possibilitar atendimentos individuais e coletivos, promovendo a integralidade da assistência (BRASIL, 2008).

Os CERESTs também têm um importante papel na sua área de atuação, no sentido de proporcionar mudanças e melhorias na saúde do trabalhador (DIAS, 2010) atuando como uma retaguarda técnica especializada, que de acordo com suas atribuições, se propõe a desenvolver ações de promoção à saúde, objetivando melhoria da qualidade de vida e de trabalho dos trabalhadores rurais, por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (FRANCO-BENATTI, 2015).

Nesta pesquisa, gestores do CEREST apontam o mesmo como um serviço de referência para o trabalhador que atua através de um processo padrão, de ações de matriciamento, assistência e de monitoramento de indicadores.

Na realidade, a gente trabalha com um processo padrão. O CEREST atua em três pilares, o primeiro é o matriciamento [...] O outro pilar que nós temos é a assistência ao trabalhador [...] ai quando você pergunta sobre trabalhador rural, ele entra no mesmo processo que os outros trabalhadores. O que vai diferenciar é na hora da anamnese e ai a pessoa é direcionada para a atividade rural, então vai ser feita as mesmas investigações, o mesmo processo que eu te falei agora só que voltado para a atividade rural e por fim, o último pilar é o monitoramento de indicadores, que é o carro chefe do CEREST. É a gente estar alimentando o sistema que vai gerar números que vão facilitar o planejamento das ações futuras [...] a gente monitora acidentes de trabalho, óbito no trabalho, intoxicação exógenas, que aí entra muito a atividade rural né por conta de **defensivos** essas coisas, acidente com material biológico, transtorno relacionado ao trabalho, e aqui particularmente tem tido alguns estudos [...]. (Gestor do CEREST N.º 1).

O CEREST ele tem um papel não é de fiscalização, nem de atendimento, mas sim de referência para essa população, não só voltado ao agrotóxico, mas de uma maneira geral, nós temos vários tipos de atendimentos voltados ao agricultor, de acompanhamento, eu acho que o papel do CEREST vai mais para acompanhar essa população e de posteriormente, servir como uma referência pra um atendimento. (Gestor do CEREST N.º 2).

É possível ver que não foi mencionado o desenvolvimento de ações importantes que refletem no cuidado como a fiscalização em ambientes de trabalho, para identificar possíveis irregularidades e/ou riscos à saúde do trabalhador rural. Isso se reflete na visão que os usuários de saúde possuem sobre o CEREST local, uma vez que esses responderam desconhecer a sua existência ou finalidade. Isso

pode indicar falha do próprio serviço, como também das equipes da ESF nas ações de promoção de saúde para os trabalhadores, oportunidade para orienta-los quanto à existência de um serviço de referência na atenção à saúde do trabalhador rural.

Ademais, as narrativas dos profissionais de saúde, demonstram que não existe integração entre as equipes da ESF e o CEREST, percebe-se que os mesmos não têm muito acesso ao CEREST e aos seus serviços, a exemplo do apoio matricial às equipes nas ações de saúde do trabalhador, que os entrevistados afirmaram que não costumam utilizar.

Não temos muito contato com o CEREST, na verdade, eu acredito que os profissionais não sabem muito a função do CEREST. Eu mesma não considero que eu saiba de forma adequada e completa a função do CEREST no meu município, então eu não consigo utilizar de maneira muito frequente o serviço do CEREST. (Profissional de Saúde N.º 1).

Nunca utilizamos isso aí não, nunca tivermos acesso. (Profissional de Saúde N.º 2).

Já chegou a ser adotado, mas ultimamente acho que não houve essa intervenção do pessoal do CEREST [...]. (Profissional de Saúde N.º 3).

Não, de jeito nenhum. O CEREST seria um centro de referência ao trabalhador, mas eu vejo que é uma coisa muito superficial, na verdade muito nulo. Eu não conheço o trabalho que o CEREST faz, no momento ainda. [...]. Eu acho que eles precisariam sair um pouquinho da zona de conforto, do próprio setor de trabalho [...] e fazer um trabalho mais pontual dentro da unidade básica de saúde, dentro das empresas, fazer um trabalho mais de educação em saúde, eu acho muito vazio, eu acho que é um serviço subutilizado. (Profissional de Saúde N.º 15).

Nós nunca encaminhamos nada para o CEREST. (Profissional de Saúde N.º 16).

O Apoio Matricial, também chamado de matriciamento, trata-se de uma forma de realizar o cuidado em saúde de modo compartilhado, através do trabalho interdisciplinar, visando uma assistência integral e resolutiva, assegurando um suporte especializado a profissionais e equipes responsáveis pela atenção a saúde (BRASIL, 2004; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ao contrário do ponto de vista dos profissionais de saúde sobre o pouco contato com o CEREST e do desconhecimento do serviço pelos usuários, os gestores do CEREST referiram o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção à saúde, sendo relatado também que o cuidado ofertado aos mesmos pelo serviço, não difere de outros tipos de trabalhadores.

Tudo tá muito ligado a como esse trabalhador vai chegar para a gente, então esse trabalhador vai passar pela triagem, depois por uma equipe, aí digamos que ele fez todo esse processo que eu passei para você e esse trabalhador precisa de alguns encaminhamentos, [...] a gente vai começar a fazer os encaminhamentos para os locais de cuidado. [...] É basicamente isso, **o cuidado não é diferente porque ele é da zona rural**, então o que acontece de diferente é o tipo de acidente ou o tipo de caso que levou essa pessoa a buscar o CEREST [...]. (Gestor do CEREST N.º 1).

Nós temos o papel preventivo né que é a parte de educação em saúde, que é muito importante e também o papel de atendimento a essa população né aqui que é tida como uma referência quando a gente pensa não só no ambiente de trabalho, mas na contaminação desses trabalhadores, risco ocupacional também, portanto a gente tentar mensurar isso quanto ao CEREST pra que a gente possa está fazendo uma educação em saúde mais voltada para esse trabalhador. (Gestor do CEREST N.º 2).

Além da falta do apoio matricial outras dificuldades foram apontadas para assistência ao trabalhador rural na ESF, sendo mencionada pelos profissionais de saúde a falta de capacitação, a ausência ou o desconhecimento de uma rede de atenção articulada e a dificuldade de acesso desses trabalhadores a exames complementares e serviços especializados:

Eu acredito que falta uma habilidade técnica para identificar sinais e sintomas que são muito inespecíficos, muitas vezes, tem a questão também dos atestados [...] enfermeiro, por exemplo, não pode dar atestado, então tem essa dificuldade, muitos deles não comparecem à unidade de saúde para não faltar ao serviço, acredito que as orientações que nós fornecemos muitas vezes não são ouvidas em virtude dos mais diversos problemas, como resistência a utilizar o EPI ou até a inexistência do próprio EPI, quando o trabalho é mais informal, a demanda muitas vezes na unidade ela é alta, e impede que a gente faça os registros de forma adequada, muitas vezes nós não notificamos as doenças ocupacionais por falta mesmo de tempo ou pela demanda da unidade de saúde, eu acredito que a rede de saúde à saúde do trabalhador no município ela não é muito esclarecida para os profissionais então muitas vezes nós ficamos sem saber para onde enviar esses pacientes. (Profissional de Saúde N.º 1).

Todas as dificuldades, porque a gente não tem uma rede de apoio formada, não tem um fluxograma, não tem nada definindo o passo a passo do que a gente tem que fazer com esse trabalhador, então não tem uma rede interligada [...] e aí fica o trabalhador perdido ali do meio daquela rede de atenção, aliás, nem existe a rede, fica perdido, sem ter um direcionamento, a quem recorrer, o que fazer, então eu acho difícil, muita dificuldade de lidar, porque a gente lida com empresas, lida com o trabalho, lida com financeiro, [...] tem as condições socioeconômicas que influenciam bastante e nos atrapalham bastante na questão de saúde do trabalhador. (Profissional de Saúde N.º 2).

Então com relação às dificuldades acho que tem a questão da capacitação, a gente não tem, a gestão municipal não promove nenhum curso, voltado, especificamente, para a saúde do trabalhador, tem as limitações **com**

relação aos exames complementares, tem as limitações com relação também ao acesso aos profissionais especialistas, então acho que seria principalmente essa, então, falta de educação continuada, **limitação com exames complementares, dificuldade de acesso também a alguns profissionais que prestam serviço especializado**. (Profissional de Saúde N.º 4).

Acredito que essa parte de mais informações sobre como esta estruturada e articulada a rede, que a gente poderia fazer um encaminhamento melhor, até assim mais segurança, acho que essas são as maiores dificuldades, a gente não tem muito a segurança pra fazer o encaminhamento por toda a rede. Inclusive também a parte do CEREST, como eu disse anteriormente, eles tem essa função de tá articulando com as empresas, como não há essa introdução pela gestão do CEREST nas unidades de saúde e nem essa articulação da própria gestão com as empresas ali, acho que seria através do CEREST tá fazendo essa ponte, porque os trabalhadores e nós profissionais temos muito essa dificuldade de trazer a população para as atividades da unidade de saúde. (Profissional de Saúde N.º 5).

Os casos de DORT moderados e graves precisam de serviço especializado, que está bem distante da área de atuação da UBS, impossibilitando o acompanhamento adequado e prolongando o tempo de afastamento do trabalho. (Profissional de Saúde N.º 7).

A demanda é grande, a oferta (de exames) é pequena [...] diante das demandas que nós temos, a gente acaba priorizando as condições que são mais urgentes, **por que a demanda de oferta de exames é muito pequena**, então a maioria das vezes, trabalhadores, como eles tem uma renda, eles conseguem fazer particular e qualquer forma também ajuda no diagnóstico. (Profissional de Saúde N.º 15).

A espera para realização de exames também foi apontada como um aspecto ruim na assistência a saúde pelos usuários dessas Unidades. Esses se queixam da demora na marcação das guias para realizar exames e consultas especializadas, que são feitas fora das USF, na sede do município:

Se fosse mudar seria só a questão de exame, porque você bota a via e não vem mais, mas não é culpa do posto, é da secretaria. **De consulta está tudo bem, mas de exame, se você não pagar, você morre**. Mas de atendimento não tenho do que reclamar. (Paciente N.º 1).

Só tem uma coisa, a gente faz a consulta, **negócio de exame, manda e demora muito as guias**. Poderia melhorar um pouco, porque às vezes chega meio doente aqui e vai esperar dois, três meses, ai fica péssimo. (Paciente N.º 2).

Eu acho que tem que melhorar mais porque, fica difícil a pessoa ir, chegar lá **não tem um exame**, para marcar um exame [...]. **Tem dificuldade para fazer exame**. (Paciente N.º 6).

Sousa e colaboradores (2014) afirmam que a oferta deficiente de exames e consultas especializadas, é uma barreira que o usuário encontra na procura por cuidado integral e contínuo no SUS, sendo necessária qualificação e ampliação da oferta de serviços, sobretudo de exames complementares, além da melhoria na comunicação entre os níveis de assistência do SUS para consolidação de uma rede articulada que promova a organização dos fluxos assistenciais, o que é confirmado em vivências de equipes da ESF.

[...] Se a gente tivesse um suporte maior, um apoio maior, se a gente tivesse condições de trabalho maior, tempo e disponibilidade para poder fazer um trabalho mais pontual, dentro desse serviço, de orientação, de conscientização, acho que a gente conseguiria fazer um trabalho mais bacana, mais resolutivo, digamos assim. Mas eu acho que dentro das nossas condições, a gente consegue fazer um trabalho interessante dentro dessa perspectiva da saúde do trabalhador. (Profissional de Saúde N.º 15).

As Equipes de Saúde da Família de zona rural de uma forma geral tem estrutura muito deficiente para dar o suporte adequado aos casos de doenças relacionadas ao trabalho. Acompanhamos então a saúde global dos pacientes e solucionamos grande parte dos quadros leves de doenças relacionadas ao trabalho (DORT). Os casos moderados e graves acabam tendo um período mais estendido para solucionar. (Profissional de Saúde N.º 7).

Eu acho que não, talvez não atua da forma como deveria, acho que existe ainda deficiência né, quando eu falei, por exemplo, que a gestão municipal não oferece educação continuada aos trabalhadores das equipes de saúde, não desenvolve nenhum curso de capacitação ou de reciclagem, enfim, a gente acaba atuando sob a saúde do trabalhador, de acordo com a formação de cada profissional, o médico tem a sua formação, a enfermeira tem a dela, o odontólogo tem a dele, a gente acaba atuando mas assim, na verdade, não existe muita coordenação não, fica a desejar. (Profissional de Saúde N.º 4).

O Ministério da Saúde assegura que a Atenção Básica deve garantir a atenção à saúde buscando a integralidade, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, evitando agravos e garantindo atendimento à demanda espontânea e demais atividades (BRASIL, 2017). A qualidade dessa atenção à saúde do trabalhador rural apresenta pontos de vista diferentes por parte das equipes da ESF.

Dentro do nosso limite, eu considero uma assistência de boa qualidade, por que a gente escuta esse trabalhador, notifica e dá andamento para tratar a parte biológica, mas aí fica faltando a parte administrativa, a parte jurídica, a da empresa que ele faz parte e também da gente poder dar a esse trabalhador uma condição melhor de trabalho, ou então proporcionar a ele

um tempo para que ele possa recuperar as suas funções laborais. (Profissional de Saúde N.º 2).

A equipe atua de forma acredito que igual às outras da zona urbana, a gente resolve aqui as questões trazidas pelos trabalhadores rurais, geralmente resolvemos aqui o tratamento, a orientação para eles e o que nós não conseguimos a gente encaminha pra parte especializada. Dentro do que nós temos e nos foi passado, é ótima a assistência. (Profissional de Saúde N.º 5).

Eu acredito que essa assistência não é adequada, não é a assistência desejada, pelo menos por mim, acho que falta muita sensibilidade por parte dos profissionais, no sentido de encaminhar, de fazer os encaminhamentos necessários, tanto dentro da unidade de saúde quanto para os outros serviços desse trabalhador. (Profissional de Saúde N.º 1).

Essa percepção da assistência classificada como boa, também foi descrita por usuários das Unidades de Saúde que relataram um bom atendimento prestado pela equipe da ESF e não possuíam reclamações em relação aos profissionais que os assistiam.

Assim, eu considero bem né, porque quando eu preciso, eles me atende, eles me compreende, me ajuda né, então eu me sinto bem. (Paciente N.º 3).

Assim, de um a dez, eu daria dez, porque não tem do que reclamar. Pra mim, tá bom. (Paciente N.º 5).

Contudo, é controverso a oferta de uma boa assistência e o desconhecimento ou conhecimento superficial da PNSIPCFA relatado por profissionais e gerentes de USF.

Bom, não conheço essa política, não tenho conhecimento, não foi passado também pra gente pela secretaria nada a respeito [...]. (Profissional de Saúde N.º 5).

[...] eu conheço a política, mas eu não sei pormenorizadamente quais são as ações preconizadas, pra poder dizer o que é que eu faço. (Profissional de Saúde N.º 13).

Não. Não sabia nem que existia. (Profissional de Saúde N.º 17).

Eu já ouvi falar nessa política, mas eu não conheço à risca quais são os objetivos, quais são as diretrizes, eu só escutei falar, mas não conheço e nem sei descrever o que é feito sobre ela. (Gerente de USF N.º 1).

Eu conheço, mas eu não tenho muita propriedade no documento como um todo, mas eu sei da existência e já li alguns trechos, mas não na sua totalidade. Não sei descrever. (Gerente de USF N.º 2).

Conheço bem não, na verdade, eu nunca li, direcionado, sobre isso não, nunca li nada não. (Gerente de USF N.º 4).

Alguns desses profissionais relataram que tinham ciência da existência da política, mas não conheciam seus objetivos ou diretrizes, a ponto de descrevê-la ou de citar quais ações previstas na mesma eram realizadas pelos serviços. Essa informação evidencia uma falha na implementação da PNSIPCFA, ou até mesmo a sua ausência no município.

Já ouvi falar, mas eu não parei ainda pra estudar essa política, eu não sei descrever assim como é que funciona, mas sei que existe. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

Não conheço essa política. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

Eu não conheço a política do campo, das águas, eu desconheço essa política. (Gestor do CEREST N.º 1).

Muito por alto, não tenho esse conhecimento assíduo mesmo da política [...]. É uma política nova ainda né, não é muito difundida ainda dentro da saúde. (Gestor do CEREST N.º 2).

Importante compreender que compete ao Ministério da Saúde, Estados e Municípios garantir a implantação da PNSIPCFA, cuja operacionalização necessita do comprometimento de prefeitos e governadores, gestores municipais e estaduais do SUS para se concretizar e da articulação com outras políticas que proporcionem melhores condições de saúde e vida dessas populações (BRASIL, 2013). Porém, os gestores do SUS no município também pareciam desconhecer essa Política.

Apesar do desconhecimento da PNSIPCFA, percebe-se que os serviços ofertados pelas equipes da ESF, de forma geral, são os previstos na PNAB. No entanto, isso não diminui a importância e a necessidade de conhecerem a PNSIPCFA, sobretudo, os que atuam em áreas rurais, pois o acesso das populações do campo ao SUS, exige uma junção de saberes e conhecimentos, além de vivências de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação contínua das práticas intersetoriais para garantia de uma assistência à saúde integral e de qualidade (BRASIL, 2013).

Os profissionais de saúde opinaram que para uma assistência mais efetiva que respondesse às necessidades desse grupo populacional seriam necessários

investimentos nas equipes por meio de capacitações e atualizações, suporte da gestão municipal e empresas agrícolas e articulação com o NASF e CEREST.

Eu acredito que a rede de atenção ela tem que ser mais claramente esclarecida aos profissionais porque muitas vezes nós ficamos perdidos sem saber para onde encaminhar esse usuário do serviço. Acredito que **falta um treinamento, uma capacitação com relação às questões técnicas que envolvem esses trabalhadores rurais** e eu acredito que falta também uma parceria maior entre os serviços de saúde e as empresas [...] porque o trabalhador se preocupa muito com o seu trabalho [...] e não comparece as consultas, não pode faltar, não pode colocar atestado então isso dificulta bastante o acompanhamento desse usuário no serviço. (Profissional de Saúde N.º 1).

Primeiro uma **capacitação** de todos os profissionais da atenção básica, para aumentar a sensibilidade, ter um reconhecimento diante desses pacientes que tão passando por esses problemas relacionados ao trabalho, que o CEREST tivesse uma aproximação maior com os profissionais da ponta da atenção básica [...]. (Profissional de Saúde N.º 2).

Melhorar a questão da capacitação das equipes, **a oferta de exames complementares**, eu acho que o CEREST, acho que as equipes de saúde, acho que elas desconhecem, acho que em boa parte, o trabalho do CEREST, eu nunca, a gente nunca recebeu nenhum profissional do CEREST aqui na unidade, por exemplo, para dizer quais são os serviços ofertados lá, quais os profissionais disponíveis né, como acessar o serviço, então assim, na verdade não existe a comunicação da gestão com as equipes de saúde pra dizer o que é que o município tem a ofertar nessa rede de cuidado com a saúde do trabalhador, acho que a questão é a falta mesmo de coordenação das ações. (Profissional de Saúde N.º 4).

Primeiro, acho que a gestão, a própria secretaria tem que trazer o CEREST para as unidades de saúde e por outro lado também fazer essa ponte do CEREST com as empresas, acho que precisa de uma atenção maior [...]. Outro ponto, além dessa questão do CEREST, e também a gestão fazer o treinamento dos profissionais de saúde pra desenvolver essa estrutura e articulação de todo o sistema de saúde em relação ao trabalhador rural [...]. Mais outra questão é em relação ao NASF a zona rural não tem o NASF [...]. (Profissional de Saúde N.º 5).

Criar um CEREST em áreas mais afastadas da cidade para suporte a esses trabalhadores e facilitar o acesso deles ao serviço especializado. (Profissional de Saúde N.º 7).

O apoio do CEREST aos trabalhadores rurais consiste, sobretudo, na promoção de estudos de identificação e diagnósticos sobre as condições de vida e trabalho e sua correlação com a saúde, contribuindo assim, para o planejamento de estratégias de enfrentamento, por meio de ações intersetoriais, que contribuam com a melhoria das condições de saúde e vida das populações do campo (DODE; RIQUINHO; BROCH, 2018). Tais ações, não foram mencionadas pelos gestores da

saúde, o que deixa dúvidas sobre o seu efetivo desenvolvimento pelo CEREST, serviço que além de Juazeiro, dá suporte a outros nove municípios.

O nosso CEREST é regional, então o que é que acontece, a gente não trabalha apenas com os trabalhadores de Juazeiro, **a gente dá apoio a dez municípios**, então assim, dentro do nosso território que é Juazeiro, a gente atua de forma livre [...] emitindo os relatórios [...] estabelece esse o risco desses trabalhadores [...] como é que está sendo feito a distribuição de EPI [...] verifica como é as condições sanitárias [...] Se for algo relacionado à empresa, que acontece muito, como essas de uva, de manga que eu já te falei né, aí a gente emite o relatório para a gestão e também para a empresa, dando um tempo pra que ela possa se adequar, depois desse período a gente retorna, verifica o que foi feito, caso ela não tenha cumprido tudo, a gente dá mais um tempo, para que eles possam se adequar, a gente retorna novamente, cada ida é um relatório, que é enviado tanto pra gestão, para que eles saibam o que a gente tá fazendo e depois a gestão organiza um grupo, normalmente, com a área rural, para que a gente possa ir lá tá fazendo o trabalho de educação em saúde com o pessoal, ou então, a gente faz o trabalho com a própria unidade para que ela possa difundir. (Gestor do CEREST N.º 1).

É o mesmo apoio, em relação à gestão, nós também temos diversas atividades focadas no trabalhador, principalmente quando nós pensamos nos dias alusivos que nós temos, como por exemplo, [...] dia do agricultor, a semana verde que ocorre todos os anos, então assim, desenvolvemos atividades a nível gerencial, a nível de gestão mesmo, para população de modo geral, nessas campanhas alusivas a esses dias comemorativos. (Gestor do CEREST N.º 2).

Em 2011, a implantação de CERESTs rurais pelo Ministério da saúde objetivou uma atenção à saúde focada nas necessidades das populações do campo e da floresta, por meio de ações de prevenção de doenças e de acidentes de trabalho e intervenções, em um trabalho direto com agricultores e agricultoras, promovendo ações de vigilância, desenvolvendo pesquisas e colaborando para o diagnóstico e tratamento de agravos relacionados à saúde do trabalhador (BRASIL, 2021).

Quanto à qualificação e atualizações das equipes da ESF para atender às especificidades de saúde das populações do campo, essas não se encontram contempladas na Política de Educação Permanente do município.

Ainda não teve, pelo menos nesse período de dois anos que eu me encontro na gestão, ainda não teve nenhuma educação permanente voltada para esse intuito. (Gestor da Atenção Básica N.º 1).

O município há alguns anos atrás fez uma capacitação sobre fluxo, encaminhamentos dos trabalhadores, em geral, não especificamente trabalhadores rurais, mas em uma forma geral e há alguns meses atrás o CEREST visitou algumas unidades, pontualmente, não foram em todas, em

algumas, eles visitaram para falar sobre o preenchimento das notificações, mas são questões pontuais, não foram em todas as unidades. (Gestor da Atenção Básica N.º 2).

Tais declarações foram ratificadas por gerentes e profissionais de saúde.

Que eu me recorde até o presente momento a secretaria não realizou nenhuma capacitação específica relacionada à saúde do campo, já realizou sobre outras abordagens, mas voltada para esse tema, que eu me recorde nesse momento não realizou nenhuma. (Gerente de USF N.º 1).

Na verdade, essas ações são bem pontuais, quando acontecem, não têm uma frequência definida e a frequência é bem pequena. Então essas ações realmente acontecem de forma muito pontual no município, não são contínuas, não são permanentes. Eu já fiz treinamento no meu campo de trabalho, mas em relação à gestão; algumas ações pontuais a nível de CEREST, mas nada muito específico. (Gerente de USF N.º 2).

A gestão de saúde não desenvolve atividades suficientes voltadas para as questões que envolvem os trabalhadores do campo, na verdade, eu não lembro agora de alguma atividade que tenha sido específica para esse tipo de população. (Gerente de USF N.º 3).

Não, nunca, eu tenho 15 anos que trabalho no município e nunca passei por uma capacitação ou qualquer atividade, educação permanente relacionada à esse assunto. (Profissional de Saúde N.º 2).

Não, pra gente nunca foi passado não, nada em relação a trabalhadores, inclusive nessas populações rurais, o que passam pra gente são os programas normais das unidades de saúde e ai nós é que fazemos esse adequamento dos serviços. (Profissional de Saúde N.º 5).

Educação permanente para os profissionais de saúde é de extrema importância para o funcionamento de todo o sistema, mas ocorre de forma bem rara [...]. Sobre o tema específico de saúde de populações do campo, nunca tive conhecimento. (Profissional de Saúde N.º 7).

Em uma análise crítica do cumprimento da PNSIPCFA, o município está em desacordo no que se refere à inclusão de ações de educação permanente que contemplem as especificidades de saúde do trabalhador rural (BRASIL, 2013).

Menegon e colaboradores (2018) afirmam que a realização de educação permanente direcionadas à saúde do trabalhador é essencial às equipes de saúde, devendo incluir estudos sobre a influência e relação das atividades laborais e as repercussões biológicas na vida do indivíduo, bem como o registro, por meio dos sistemas de informações, dos dados que possam apoiar as equipes no aspecto formativo, no diagnóstico populacional e no planejamento em saúde.

Categoria 3. Agravos que afetam a saúde dos trabalhadores rurais

Essa categoria visa identificar os motivos que levam trabalhadores rurais a buscar atendimento nas USF, sua relação com a ocupação rural, a resolutividade e a comunicação entre as equipes de saúde e os trabalhadores rurais.

A dor foi a queixa mais relatada pelos profissionais de saúde.

Se for uma queixa... de urgência, geralmente é tontura e dor, mas é mais dor mesmo, eles sentem dor muscular, dor nas articulações, dor na coluna. Os homens não procuram muito a unidade de saúde pra prevenção, as mulheres ainda procuram pra realização do citológico e comparecem também para realizar mamografia se estiverem na faixa etária recomendada, [...] muitas aparecem com queixas ginecológicas leucorréias, prurido vaginal. (Profissional de Saúde N.º 1).

Geralmente é uma lesão por esforço repetido, geralmente são problemas de intoxicação exógena, esses dois são os mais mesmo, lesão por esforço repetido e intoxicação exógena, por agrotóxicos. (Profissional de Saúde N.º 2).

São dores de forma geral. Eles se queixam de muitas dores na coluna, alguns se queixam dessa parte respiratória também. Na minha parte odontológica é dor mesmo, chegam com muito abscesso, com o dente já causando abscesso dente alveolar, mas no geral é isso, reclamam muito de dores na coluna, reclamam muito dessa parte respiratória. (Profissional de Saúde N.º 3).

Se eu fosse elencar os principais motivos, acho que principalmente as dores osteomusculares, [...] as DORT, acho que disparado seriam as dores osteomusculares. A grande maioria procura a unidade quando tem alguma queixa, não é comum as pessoas procurarem a unidade, buscando alguma informação para se prevenir contra algum provável dano que a sua atividade venha desencadear. (Profissional de Saúde N.º 4).

O principal que a gente encontra são essas dores, assim, dores articulares, dores na cervicalgia, lombalgia, muito relacionado a questão de peso postura. (Profissional de Saúde N.º 15).

De acordo com Barro, Dellani e Ortiz (2013) a dor musculoesquelética é o sintoma mais frequente entre os trabalhadores rurais, podendo surgir de forma aguda e constante, sendo identificada facilmente, ou ainda crônica, alterando sua rotina de trabalho, comprometendo o desenvolvimento das atividades laborais.

Um dos principais processos produtivos do Município de Juazeiro - BA é o cultivo de uva para exportação. Dias (2014) estudando a prevalência de distúrbios osteomusculares em trabalhadoras rurais da fruticultura irrigada de uvas finas em fazendas situadas em Lagoa Grande – PE e Casa Nova – BA, cidades próximas a

Juazeiro-BA, constatou que 38,7% dessas mulheres apresentaram alguma queixa de saúde e precisaram se afastar do trabalho, sendo que cerca de 8,5% das queixas estavam relacionadas ao sistema osteomuscular.

Para os profissionais de saúde parece existir relação entre as queixas apresentadas e o trabalho rural, sendo a dor o sinal mais frequente, além de outros sinais e sintomas possivelmente relacionados à exposição aos agrotóxicos.

As queixas maiores que eles relatam é dor da musculatura, dor no ombro, dor de cabeça, esses que trabalham com aplicação de agrotóxico, geralmente referem que tem bastante dor de cabeça, as que trabalham na plantação de uva, elas reclamam muito da dor que sente no ombro, porque tão raleando a uva, às vezes quando tão colhendo passa muito tempo com esse braço suspenso, alguns reclamam de bursite, é essas as queixas mais frequentes. (Profissional de Saúde N.º 2).

Acho que sim, os (problemas) respiratórios. A questão de dores na coluna acho que todos os trabalhadores tem, porque normalmente não é trabalhado a postura correta/adequada, não se faz alongamento, não tem isso, então essas dores estão muito ligadas a essa parte do trabalho. (Profissional de Saúde N.º 3).

É muito frequente a gente encontrar pacientes relatando problemas relacionados a doenças ocupacionais, como por exemplo dores no ombro, na coluna, dores nos membros inferiores. Tudo isso, que é provocado pelo tipo de trabalho que eles executam, já que a maioria deles trabalham em regiões na fruticultura, na colheita de uva. (Profissional de Saúde N.º 15).

Para Menegon e colaboradores (2018) muitos trabalhadores buscam os serviços de saúde com condições clínicas de doenças osteomusculares já instaladas. Por vezes, o sintoma não é identificado pelos trabalhadores. Pois inicialmente, a dor apresenta-se é leve e temporária, apresentando melhora nos períodos de descanso. À medida que a doença vai evoluindo, o sintoma torna-se mais intenso e frequente, persistindo até mesmo durante a noite e fins de semana, impedindo o trabalhador de executar suas atividades laborais efetivamente, levando o mesmo, a buscar atendimento médico (BRASIL, 2001).

Queixas relacionadas à intoxicação por agrotóxicos também foram mencionadas.

Nós percebemos muitas queixas relacionadas e acredito que as principais são dor, dores... dor na coluna, dor no braço, dor nos membros inferiores, dor, questões musculoesqueléticas e muitas vezes tontura, coceiras na pele, que eles relacionam a aplicação de agrotóxicos e dor de cabeça também, eles relacionam muita dor de cabeça, relatam. (Profissional de Saúde N.º 1).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a intoxicação por agrotóxicos constitui um importante e grave problema de saúde pública, principalmente, nos países em desenvolvimento com ênfase para as intoxicações agudas que afetam, sobretudo, os indivíduos expostos em seu local de trabalho, ou seja, exposição ocupacional (BRASIL, 2015). Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) apontam que em 2017, foram registrados 3.379 casos de intoxicação humana por uso de agrotóxicos (SINITOX, 2020).

Na região estudada, Bedor e colaboradores (2009) descrevem uma taxa de intoxicação referida por trabalhadores rurais de 7%. Em 2018, a taxa de intoxicação por agrotóxico foi de 14,7% em um perímetro irrigado de Juazeiro – BA (ANINGER, 2018) e em 2019, pesquisa mostra taxa de 9,1% (CORCINO et al., 2019). Todos esses autores alertam para a subnotificação de intoxicação por agrotóxico na região.

O despreparo técnico e os poucos recursos para realizar diagnósticos, dificultam a geração de dados confiáveis para o conhecimento mais fidedigno dessas intoxicações por agrotóxicos, gerando subnotificação, camuflando o número real de intoxicações por essas substâncias (HUNGARO et al., 2015).

A equipe da ESF mostrou-se resolutiva diante das necessidades de saúde dos trabalhadores rurais.

Geralmente resolvemos aqui os problemas que eles nos trazem né acredito que 80% 90% né se não da primeira vez, na primeira consulta, em outras consultas subsequentes e o que não conseguimos, a gente encaminha para especialidade ou um outro serviço adequado. (Profissional de Saúde N.º 5).

Problemas que não conseguem ser resolvidos no âmbito da ESF são encaminhados para serviços de referência, onde se deparam com a dificuldade de acesso.

Alguns casos de lesões mais leves conseguem ser solucionadas com medicação e afastamento breve do trabalho, que são a maioria. Lesões maiores e de caráter crônico **precisam ser encaminhados para serviço especializado, geralmente fisioterapia, ortopedia e neurologia, o que demanda longo tempo de espera por vaga para marcação, problema que não pode ser solucionado pela equipe.** (Profissional de Saúde N.º 7).

A gente consegue, principalmente, **quando não há necessidade de exame complementar, eu acho que o grande empecilho é quando pra chegar a**

um diagnóstico ou para fazer o acompanhamento desse trabalhador quando há necessidade de exame complementar, e aí não havendo a possibilidade de conduzir o paciente aqui, a gente acaba encaminhando para os serviços especializado. (Profissional de Saúde N.º 4).

Nós conseguimos resolver alguns, mas tem outros que a gente, a equipe, que tem que fazer encaminhamento, a gente referencia esse paciente para o CEREST [...] nem tudo a equipe consegue resolver não, geralmente a gente encaminha para o CEREST e encaminha para a secretaria de saúde. (Profissional de Saúde N.º 2).

De acordo com o Ministério da Saúde, é esperado que a Atenção Básica consiga resolver 85% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2007), para isso presume-se o uso de variados métodos para diagnósticos e tratamentos, como também a habilidade de profissionais e equipes para resolverem os problemas mais comuns, porém bastante complexos para esse nível de atenção (PANÉ, 2007).

Diante das queixas e problemas de saúde dos pacientes, para que os profissionais de saúde possam definir condutas e adequá-las as necessidades e individualidades de cada um deles, é indispensável que haja uma boa comunicação entre ambos. Assim, verificou-se que a comunicação entre a equipe e trabalhadores rurais parece ocorrer de maneira harmônica.

Bem, eu não encontro mais dificuldades porque eu já estou nessa equipe de zona rural há mais de seis anos, só que no início eu encontrei algumas dificuldades porque alguns termos, alguns significados são diferentes eles usam de forma diferente [...] hoje eu consigo compreender o que eles querem falar [...]. (Profissional de Saúde N.º 1).

Não, não tenho nenhuma dificuldade, claro que a gente tenta colocar de uma forma mais simples as questões pra eles né tanto de prevenção, como no tratamento e a parte de educação também em saúde. (Profissional de Saúde N.º 5).

Sem dificuldades. Com o tempo, vamos aprendendo um vocabulário bem particular de cada população e descobrindo melhores maneiras de comunicação, como nomes populares, sem termos técnicos. (Profissional de Saúde N.º 7).

Ressalte-se que a comunicação entre profissional e usuário (a) é singular e transplanta a linguagem verbal. Nesses encontros se dá uma integração entre profissionais e usuários que “trocam saberes, negociam, dialogam, se escutam, produzem sentidos, protagonizam o processo comunicativo e se influenciam mutuamente” (MATSUOKA et al., 2019. p.3).

Assim também foi questionado aos trabalhadores rurais sobre seus sentimentos quanto à compreensão dos profissionais de saúde diante de suas queixas ou dúvidas, com suas linguagens e formas de falar e os mesmos se sentiam compreendidos.

Entendem, me sinto compreendido. (Paciente N.º 2).

Compreendem. É eu acho que sim, porque quando você tem dúvida, você tem que perguntar a eles e é deles que você tem a certeza. Eu percebo que sou compreendida, porque eu estou pedindo uma explicação e ele está me dando e eu estou entendendo da forma que é. (Paciente N.º 3).

Sim eles compreendem, quando eu falo as coisas eles compreendem direitinho e eu sempre compreendo o que eles falam. (Paciente N.º 6).

Nesse contexto é preciso refletir que para uma comunicação efetiva se faz necessário levar em conta a singularidade de cada pessoa e as circunstâncias em que os fatos ocorreram (MATSUOKA et al., 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) as práticas educativas em saúde precisam ser implementadas por meio de estratégias de interação que proporcionem entendimento aos usuários e para que isso ocorra, a equipe de saúde deverá compreender a política, a etnologia e linguística do público-alvo.

5. CONCLUSÃO

A presente pesquisa foi uma oportunidade de conhecer para analisar a organização da Atenção Básica e as práticas assistenciais destinadas ao trabalhador rural do município de Juazeiro, Bahia.

Pude constatar que em sua maior parte, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) executavam suas ações em conformidade com a PNAB, no entanto, não contavam com o apoio do NASF e nem trabalhavam de forma articulada com o CEREST, cujo distanciamento compromete o cuidado integral e conseqüentemente, a assistência aos trabalhadores rurais. Também não foi identificada uma articulação entre serviços.

Também percebi inconformidades no CEREST na Atenção a Saúde do Trabalhador Rural, que durante o desenvolvimento desta pesquisa, funcionava sem a equipe mínima de profissionais preconizada pelo Ministério da Saúde, atendendo a demandas espontâneas, seguindo um único padrão de atendimento sem que houvessem ações direcionadas aos trabalhadores rurais.

Gerentes de USF e profissionais de saúde possuíam um entendimento satisfatório sobre atenção à saúde do trabalhador rural, atentando-se para as especificidades do trabalhador do campo. Porém a assistência ofertada deixava a desejar, uma vez que conforme mencionado por profissionais, existia uma dificuldade de acesso a serviços de maior complexidade, sobretudo exames e consultas especializadas.

O desconhecimento da PNSIPCFA, apontou para a necessidade de inclusão da temática na Política educação permanente do município, possibilitando a sensibilização e informações necessárias para a implementação efetiva dessa política no município, visto que ela norteia as práticas assistenciais direcionadas ao homem do campo.

Também pude observar que a maioria dos profissionais da ESF da zona rural precisavam se apropriar mais do tema e das questões relativas à saúde do trabalhador rural, devendo buscar o conhecimento, mesmo que individualmente, para atuar de forma mais eficaz nesse cuidado.

Como enfermeira da ESF da zona rural a pesquisa contribuiu para que eu pudesse conhecer, de fato, a PNSIPCFA, além de realizar um diagnóstico situacional da assistência à saúde dos trabalhadores rurais no município, identificando as falhas

desse cuidado, possibilitando que práticas sejam revistas, planejadas e melhoradas para que, de fato, a integralidade da assistência a esses trabalhadores possa ser alcançada.

O trabalho rural é árduo e expõe trabalhadores a inúmeras situações de risco, o que justifica a importância de fortalecer e ampliar a rede de atenção à saúde dos trabalhadores rurais.

Desse modo, os resultados aqui presentes, tem relevância social por apontar possibilidades de implementação de uma melhor assistência à saúde do trabalhador rural com prioridade para ações de prevenção e de promoção à sua saúde e fortalecimento da PNSIPCFA, além de oferecer subsídios para o planejamento de ações que promovam a saúde dos trabalhadores rurais. Por seu caráter interdisciplinar contribuirá para a sensibilização de gestores e atuação Interprofissional na atenção à saúde do trabalhador rural.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. de; CASTRO, C. G. J. de; VIEIRA, C. A. L. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. Volume 1. **Série Saúde & Cidadania**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALVES, R. B.. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.1 Rio de Janeiro Jan./Fev. 2003.

ANINGER, P. R. L. de C.. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas)**: Os impactos do agronegócio à saúde e ao ambiente em um perímetro irrigado. Universidade Federal do Vale do São Francisco. Campus Petrolina. Petrolina – PE, 2018.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. 2006. (Obra original publicada em 1977).

_____ **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BARRA, C. M. C. M.. Interdisciplinaridade: desafios para pesquisa e publicação. **Fisioterapia em movimento**, vol.26 n.4 Curitiba Set./Dez. 2013.

BARRO, D; DELLANI, M. P; ORTIZ, M. G. Dor musculoesquelética em professores e sua relação com o processo ensino-aprendizagem. **Revista de Educação do IDEAU**. Getúlio Vargas – RS, v.8, n.18, 2013.

BARROS, E. S.; COSTA, E. F.; SAMPAIO, Y. Análise de eficiência das empresas agrícolas do polo Petrolina/Juazeiro utilizando a fronteira paramétrica Translog. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v.42, n.4, Brasília, Oct./Dec. 2004.

BAYER, L. de J. Z.. **Trabalho de Conclusão de Curso: OS AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR RURAL**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS/Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro - RJ. 2016.

BEDOR, C. N. G. Estudo do potencial carcinogênico dos agrotóxicos empregados na fruticultura e sua implicação para a vigilância da saúde. 2008. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)**, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Recife, 2008.

BEDOR, C. N. G.; RAMOS, L. O.; PEREIRA, P. J.; RÊGO, M. A. V.; PAVÃO, A. C.; AUGUSTO, L. G. da S.. Vulnerabilidades e situações de riscos relacionados ao uso de agrotóxicos na fruticultura irrigada. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.1, p. 39-49, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n1/05.pdf>. Acesso em 19 de janeiro de 2021.

BEZERRA, M. L.; BACELAR, T. In: MIRANDA, C.; SILVA, H. **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA; Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.21; 476 p. 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília-DF, 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

_____. **LEI Nº 5.889, DE 8 DE JUNHO DE 1973.** Casa Civil. Brasília-DF, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5889.htm. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

_____. **Decreto-lei nº 73.626, de 12 de fevereiro de 1974.** Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília-DF, 1974. Disponível em: http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/decreto73626_1974.htm. Acesso em: 11 de agosto de 2019.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Diário Oficial da União.** Norma Regulamentadora 9 - NR 9. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. 1978. Disponível em: [http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20\(atualizada%202014\)%20II.pdf](http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF80808148EC2E5E014961B76D3533A2/NR-09%20(atualizada%202014)%20II.pdf). Acesso em: 02 de outubro de 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília-DF. Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

_____. **Lei Nº 7.802, de 11 de julho de 1989.** Brasília-DF, 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7802.htm. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 dezembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.** Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 1998. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html. Acesso em: 27 de novembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001. 36 p.: il – Série A Normas e Manuais Técnicas, nº 103, Brasília-DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST) e dá outras providências. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13614.html>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde**, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437 de 07 de dezembro de 2005.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Brasília-DF, 2007. n. 14. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia14.pdf. Acesso em: 01 de novembro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.** Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 12 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília-DF, n. 165, p. 46, 24 ago. 2012. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 27 de novembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília - DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.311 de 23 de outubro de 2014**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html. Acesso em: 15 de novembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca dos agrotóxicos**. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//posicionamento-do-inca-sobre-os-agrotoxicos-06-abr-15.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde**. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília – DF, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. **Resolução Nº 603, de 8 de novembro de 2018**. Brasília-DF: 2018b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNESNet)**. 2020. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=13915632000127. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Plataforma RENAST online**. 2021. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/noticias/saude-trabalhador-primeiros-cerests-rurais-comecam-funcionar-rr-ro-mt>. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 de dezembro de 2021.

CARVALHO, R. F. M. de; NASCIMENTO, A. P. do. Trabalho do Assistente Social no NASF na Cidade de Goiás: Política de Saúde Integral do/no/para o Campo. **Anais**

do **16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - UFES**. Vitória - ES, 2018.

CORCINO, C. O.; TELES, R. B. de A.; ALMEIDA, J. R. G. da S.; LIRANI, L. da S.; ARAÚJO, C. R. M.; GONSALVES, A. de A; MAIA, G. L. de A.. Avaliação do efeito do uso de agrotóxicos sobre a saúde de trabalhadores rurais da fruticultura irrigada. **Ciência e Saúde Coletiva** v. 24 n.8 Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-3117.pdf>. Acesso em: 19 de janeiro de 2021.

DIAS, E.C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. In: Pinheiro T.M.M., organizador. **Saúde do trabalhador rural - RENAST**. Brasília: Ministério da Saúde; p. 1-27, 2006.

DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. da S.; CANCIO, J.; HOEFEL, M. da G. L.; Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (6): 2061-2070, 2009.

DIAS, R. C. S. **Dissertação (Mestrado)**: Percepção dos gestores de saúde sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST. 2010. 182 f. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Assis, 2010.

DIAS, A. C. da S.. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas)**: Prevalência de distúrbios osteomusculares em trabalhadoras rurais na região do Vale do São Francisco. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus, Petrolina, 2014.

DODE, J.; RIQUINHO, D. L.; BROCH, D.. Agrotóxicos, saúde e trabalho rural: a atuação do CEREST da região Macro Sul do Rio Grande do Sul. In: **Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural**. Repositório Digital-UFRGS. Porto Alegre: UFRGS, p. 51-63, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184485>. Acesso em: 12 de janeiro de 2021.

FAO. **Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação**. O que é agricultura familiar? Roma, Itália. 2014. Disponível em: <<http://www.fao.org/family-farming-2014/home/what-is-family-farming/pt/>>. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

FERREIRA, M.J.M.; VIANA JÚNIOR, M.M. A expansão do agronegócio no semiárido cearense e suas implicações para a saúde, o trabalho e o ambiente. **Revista Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p.649-60, 2016.

FRANCO-BENATTI, D. M. Promoção da Saúde entre Trabalhadores Rurais da Agroindústria Canavieira da Região de Araraquara (SP): Estratégias de Intervenção. **R. Laborativa**. v. 4, (Supl. 1), p. 55-78, dez. 2015.

FREITAS, H. M. R.; CUNHA JÚNIOR, M. V. M.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, 32(3), 97-109, 1997.

FUMAGALLI, J. P. **Monografia de Especialização: Doenças provocadas pelas atividades na área rural.** Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho. Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR. Curitiba, 2017.

HUNGARO, A. A.; CORREIA, L. M.; SILVINO, M. C. S.; ROCHA, S. M.; MARTINS, B. F.; OLIVEIRA, M. L. F.. Intoxicações por agrotóxicos: registros de um serviço sentinela de assistência toxicológica. **Cien Cuid Saude**. v. 14, n. 3, p. 1362-1369, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**; 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**; 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Agropecuário**; 2017.

JUAZEIRO. Prefeitura Municipal de Juazeiro-BA. **Secretaria Municipal de Saúde – SESAU**. 2020. Disponível em: <https://www6.juazeiro.ba.gov.br/sesau/>. Acesso em: 20 de Agosto 2020.

KLEBA, M. E.; MONTEIRO, A. M.; PASIN JÚNIOR, P. H. Promoção e Proteção Da Saúde Do Homem Trabalhador Rural: Reflexões a partir de uma Prática Assistencial em um Município de Pequeno Porte do Oeste de Santa Catarina. **Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional**, [s. l.], 2019. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/view/19372/1192612456>>. Acesso em: 05 de agosto de 2020.

LESME, P. A. V.; NISHI, J. M.; RODRIGUES, G. W.; SANTOS, R. A. dos. Análise metodológica sobre a importância da ergonomia e da ginástica laboral e as influências na qualidade de vida do trabalhador rural. **VII EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**. Centro Universitário de Maringá. Maringá, PR, Brasil, 2011.

LIMA, J. P. R.; MIRANDA, E. A. A. Fruticultura Irrigada no Vale do São Francisco: Incorporação Tecnológica, Competitividade e Sustentabilidade. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 32, n. Especial, p. 611-632, 2001.

LIMA, R. C. **Relatório setorial integrante do Projeto** “Economia de Pernambuco: Uma Contribuição para o Futuro”. Governo do Estado. Pernambuco: Secretaria de Planejamento, PROMATA, 2006.

MACHADO, P. A. L. Poluição por agrotóxicos. In: MACHADO, P. A. L. **Direito ambiental brasileiro**. São Paulo: Malheiros Editora, 2008.

MARTINS, A.J.; FERREIRA, N.S. A ergonomia no trabalho rural. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**. Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/A-ergonomia-no-trabalho-rural-v.2-n.2.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

MATSUOKA, Érica Tavares de Melo; RODRIGUES, Maria Lucicleide Falcão de Melo; SILVA, Josianne Maria Mattos da; GALINDO, Wedna Cristina Marinho; GALVÃO, Jéssica Oliveira. A comunicação profissional de saúde-usuário (a) na doença renal crônica. **Rev. Subjetividades**. Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 1-15, abr. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692019000100003. Acesso em: 14 de dezembro de 2021.

MENEGON, F. A.; MENEGON, L. da S.; PIRES, R. O. M.; KOVALESKI, D. F.. **Homens e atenção à saúde no trabalho [recurso eletrônico]**– Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 68 p., 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; Gomes, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade** (32 ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MIRANDA, Sérgio Vinícius Cardoso de; OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães; MORAES, Virlydy Cardoso de Miranda; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à Atenção Primária à Saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YMGGMNYMgTfCsLSpPB5ftvP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 de março de 2021.

MOURA, L. T. R. de. Dissertação de Mestrado. **Perfil clínico-epidemiológico dos trabalhadores acometidos por câncer atendidos em um centro de oncologia do Submédio do Vale do São Francisco**. Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campos Petrolina, Petrolina-PE, 2014.

NASCIMENTO, J. K. S.; PEREIRA, M. A. T.; SANTOS, A. C. G. B.. As estruturas socioeconômicas e demográficas do Município de Juazeiro-Ba, **Evolvere Scientia**, v. 3, n. 1, p. 241-246, 2014.

NASCIMENTO, V. F. Fluxograma de Acesso e Atendimento de Enfermagem em Unidade de Saúde Da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol. 04, Nº. 01, p. 1922 – 1927. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/208/197>. Acesso em: 03 de outubro de 2021.

OIT. **Organização Internacional do Trabalho**. Segurança e saúde na agricultura. 2000. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--safework/documents/publication/wcms_117460.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2015.

_____. **Organização Internacional do Trabalho**. Desenvolvimento Rural Através do Trabalho Decente. 2013. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_235459.pdf>. Acesso em 09 de jul de 2015.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de; SOUSA, Yanna Gomes de; SILVA, Doane Martins da; ALVES, Jairo Porto; DINIZ, Ítalo Vinícius Albuquerque; MEDEIROS, Soraya

Maria de; MARTINIANO, Claudia Santos; ALVES, Marília. A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/SjnTdGKKdDnLsh8CzNVB8nM/?lang=pt>. Acesso em: 02 de março de 2021.

OLIVEIRA FILHO, S. F. S.; MELO, A. de S.; XAVIER, L. F.; SOBEL, T. F.; COSTA, E. de F. Adoção de estratégias para redução de riscos: identificação dos determinantes da diversificação produtiva no Polo Petrolina-Juazeiro. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v. 52, n. 1, Brasília, Jan./Mar. 2014.

OSHA. **Occupational Safety and Health Administration**. Manutenção Segura na Agricultura, 2011. Disponível em: < <https://osha.europa.eu/pt/tools-andpublications/publications/factsheets/99>>. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

PANÉ, O.. **Apresentação no II Seminário Internacional de Atenção Básica: A integralidade na atenção à saúde: a importância de uma rede de saúde para o suporte à Atenção Básica**. Belo Horizonte/MG, 2007.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F.. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde Debate**. RIO DE JANEIRO, v. 42, número especial 1, p. 302-314, 2018.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (BRASIL). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 25 de outubro de 2019.

PORTO, M. F. de S.. O trágico Pacote do Veneno: lições para a sociedade e a Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**. 34(J). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hKQtjcDHHyV6dLrWHLkrz9P/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

SEVERO, L. O., VAZ, M.R.C., COSTA, V.Z., SIMON, D., ROCHA, L.P., BORGES, A.M.. Enfermagem e o contexto rural: relações com a saúde, ambiente e trabalho. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**; 6:2950-8, 2012.

SINITOX. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. 2020. Disponível em: https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil10_1.pdf. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva; MEDEIROS, Kátia Rejane de; JÚNIOR, Garibaldi Dantas Gurgel; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4): 1283-1293, 2014.

SOUZA, O. T. de; BRANDENBURG, Al.. A Quem Pertence o Espaço Rural? As Mudanças na Relação Sociedade/ Natureza e o surgimento da Dimensão Pública do Espaço Rural. **Ambiente & Sociedade**; Campinas; v. XIII, n. 1; p. 51-64; jan.-jun. 2010.

SÜSSEKIND, A.. **Convenções da OIT**. 2ª ed. São Paulo: LTr. 625p., 1998.

TARGA, L. V.. Área Rural. In: Gusso G.; LOPES, J. M. C.. **Tratado de Medicina da Família**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TECKLE, P., HANNAFORD, P., SUTTON, M.. Is the health of people living in rural areas different from those in cities? Evidence from routine data linked with the Scottish Health Survey. **BMC Health Services Research**. 12:43, 2012.

TEODORO I.P.P., REBOUÇAS V.C.F., THORNE S.E., SOUZA N.K.M., BRITO L.S.A., ALENCAR A.M.P.G.. **Escola Anna Nery**. Descrição interpretativa: uma abordagem metodológica viável para a pesquisa em enfermagem. 22(3), 2018.

ZANOTTI, F.. **Dissertação de Mestrado**: Aspectos de segurança e saúde do agricultor familiar no município de Videira/SC: os desafios da prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho na pluriatividade. Programa de Pós-graduação "Trabalho, Saúde e Ambiente" - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - Fundacentro. São Paulo, Janeiro/2017.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA

Parte I (Perfil sociodemográfico)

1. Nome:
2. Sexo: () F () M
3. Idade:
4. Naturalidade:
5. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental
() Ensino médio () Ensino superior () Pós graduação
6. Qual sua formação e tempo de formação?
7. Qual a sua função?
8. Há quanto tempo desempenha esta função?
9. Vínculo empregatício: () Contratado () Concursado/Estatutário
10. Carga horária de trabalho: () <30H () 30H () 36H
() 40H () >40H

Parte II

1. O que você entende por atenção à saúde do trabalhador rural?
2. Para você, qual o papel da Atenção Básica no cuidado aos trabalhadores rurais?
3. Como se dá a atenção e o cuidado dispensado aos trabalhadores rurais na Atenção Básica?
4. Como as ações de atenção à saúde do trabalhador rural são programadas/planejadas pela Atenção Básica?
5. Como estão organizados os serviços de atenção à saúde do trabalhador rural do município? Existe fluxograma? Você pode mostrar?
6. O que você sabe sobre a implantação e organização das equipes da ESF na zona rural do município? Como se deu ou ocorreu? Em que se assemelha às Equipes Urbanas? Em que se diferencia?
7. Como se dá o financiamento das Unidades de Saúde da Família (USF) da zona rural? Difere da zona urbana?
8. A gestão de saúde do município desenvolve/promove ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo? Com que frequência?
9. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas? Descreva.
10. Das ações de atenção à saúde do trabalhador rural previstas na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, quais são desenvolvidas pelas equipes?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GERENTES DE USF

Parte I (Perfil sociodemográfico)

1. Nome:
2. Sexo: () F () M
3. Idade:
4. Naturalidade:
5. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Pós graduação
6. Qual sua formação e tempo de formação?
7. Qual a sua função?
8. Há quanto tempo desempenha esta função nesta USF?
9. Vínculo empregatício: () Contratado () Concursado/Estatutário
10. Carga horária de trabalho: () <30H () 30H () 36H () 40H () >40H

Parte II

1. Como é para você atuar em uma USF da zona rural?
2. Quantos membros e quais são os profissionais que compõem a equipe?
3. A equipe conta com o apoio no NASF?
4. Quantas vezes na semana a equipe atende? Qual o horário de funcionamento da USF?
5. No seu ponto de vista, ou por sua maneira de ver, como estão organizadas as equipes da ESF da zona rural do município?
6. Existe apoiador institucional? Quantas equipes por apoiador?
7. Qual a frequência de reuniões do apoiador com as equipes? Existe cronograma?
8. A equipe realiza reuniões? Com que frequência? O que se discute nas mesmas?
9. Descreva de forma geral as características da população assistida pela sua equipe. (Quem são? O que fazem? Trabalham em que? Têm renda fixa?)
10. Qual o primeiro lugar que essas pessoas procuram para resolver seus problemas de saúde?
11. Quais serviços de saúde são ofertados pela equipe da ESF à população?
12. O que você entende por atenção à saúde do trabalhador rural?
13. Para você, qual o papel da ESF na atenção e cuidado aos trabalhadores rurais?
14. Como as ações de atenção à saúde do trabalhador rural são programadas/planejadas pela equipe?
15. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas? Descreva.
16. Das ações de atenção à saúde do trabalhador rural previstas na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, quais são desenvolvidas pelas equipes?
17. De acordo com a sua prática e o seu conhecimento, descreva a rede de atenção à saúde do trabalhador no município. (Como ela está estruturada/articulada? Esta bem articulada?)

18. A gestão de saúde do município desenvolve/promove ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo? Com que frequência?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DO CEREST

Parte I (Perfil sociodemográfico)

1. Nome:
2. Sexo: () F () M
3. Idade:
4. Naturalidade:
5. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Pós graduação
6. Qual sua formação e tempo de formação?
7. Qual a sua função?
8. Há quanto tempo desempenha esta função?
9. Vínculo empregatício: () Contratado () Concursado/Estatutário
10. Carga horária de trabalho: () <30H () 30H () 36H () 40H () >40H

Parte II

1. Como é para você trabalhar no CEREST?
2. Por quem é composta a equipe do CEREST? Falta algum profissional? Qual? Qual a área de abrangência do CEREST de Juazeiro?
3. O CEREST sempre funcionou no município? Já passou algum período desativado? Durante quanto tempo? Quais municípios são atendidos?
4. O que você entende por atenção à saúde do trabalhador rural?
5. Para você, qual o papel do CEREST na atenção e cuidado aos trabalhadores rurais?
6. Como se dá a atenção e o cuidado dispensado aos trabalhadores rurais no CEREST?
7. Como estão organizadas as ações de cuidado ao trabalhador rural neste órgão? Existe fluxograma? Você pode mostrar?
8. Sobre atenção ao trabalhador rural, conte-me como se dá a atuação do CEREST no apoio à gestão municipal de saúde.
9. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas? Descreva.
10. Das ações de atenção à saúde do trabalhador rural previstas na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, quais são desenvolvidas pelo CEREST?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICO, ENFERMEIRO, ODONTÓLOGO)

Parte I (Perfil sociodemográfico)

1. Nome:
2. Sexo: () F () M
3. Idade:
4. Naturalidade:
5. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental
() Ensino médio () Ensino superior () Pós graduação
6. Qual sua formação e tempo de formação?
7. Qual a sua função?
8. Há quanto tempo desempenha esta função nesta USF?
9. Vínculo empregatício: () Contratado () Concursado/Estatutário
10. Carga horária de trabalho: () <30H () 30H () 36H
() 40H () >40H

Parte II

1. Como é para você atuar em uma USF da zona rural?
2. Descreva de forma geral as características da população assistida por sua equipe. (Quem são? O que fazem? Trabalham em que? Têm renda fixa?)
3. Qual o primeiro lugar que essas pessoas procuram para resolver seus problemas de saúde?
4. Quais serviços de saúde são ofertados pela equipe da ESF à população?
5. O que você entende por atenção à saúde do trabalhador rural?
6. Para você, qual o papel da ESF na atenção e cuidado aos trabalhadores rurais?
7. Como se dá a atenção e o cuidado dispensado aos trabalhadores rurais na sua equipe?
8. A equipe conta com o apoio no NASF?
9. Como as ações de atenção à saúde do trabalhador rural são programadas/planejadas pela equipe?
10. Existe cronograma de atividades? O trabalhador rural está inserido nesse cronograma?
11. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas? Descreva.
12. Das ações de atenção à saúde do trabalhador rural previstas nesta Política, quais são desenvolvidas por sua equipe?
13. Quais motivos e ou queixas que levam os trabalhadores rurais a procurar atendimento na sua equipe?
14. Vocês percebem nas queixas dos pacientes, muitas queixas relacionadas à ocupação deles, ao trabalho rural? Exemplifique.
15. Na sua opinião, a equipe da ESF consegue resolver os problemas de saúde desses trabalhadores? Aqueles problemas que a equipe não consegue resolver, para onde encaminha?
16. No que se refere à linguagem, você encontra alguma dificuldade de comunicação durante o atendimento aos trabalhadores rurais? Explique.

17. De acordo com a sua prática e o seu conhecimento, descreva a rede de atenção à saúde do trabalhador no município. (Como ela está estruturada/articulada? Esta bem articulada?)
18. A gestão de saúde do município desenvolve/promove ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo? Com que frequência?
19. Com relação à imunização, prevenção de acidentes, doenças ocupacionais e demais doenças que acometem a saúde dos trabalhadores rurais, quais são as ações realizadas pela equipe e com que frequência?
20. No seu entendimento, o que é o CEREST e quais as suas funções?
21. A equipe costuma utilizar o apoio matricial ofertado pelo CEREST nas ações de saúde do trabalhador?
22. Como você avalia a atuação da equipe da ESF na assistência à saúde do trabalhador rural?
23. Quais dificuldades você encontra na assistência ao trabalhador rural na ESF?
24. Quais sugestões você daria para melhorar a assistência à saúde do trabalhador rural no município.

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS

Parte I (Perfil sociodemográfico)

1. Nome:
2. Sexo: () F () M
3. Idade:
4. Raça/Cor: () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena
5. Naturalidade:
6. Há quanto tempo reside nesta localidade?
7. Religião: () Católico () Evangélico () Outra () Não possui
8. Estado civil: () Casado () Solteiro () União Estável
() Separado ou divorciado () Viúvo
9. Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental
() Ensino médio () Ensino superior () Pós graduação
10. Tempo de trabalho rural:
11. Qual a sua função atualmente?
12. Há quanto tempo desempenha esta função?
13. Trabalhador formal: () Sim () Não
14. Renda mensal: () Inferior a um salário mínimo () Igual a um salário mínimo
() Entre 1 e 2 salários mínimos () Entre 2 a 3 salários mínimos
() Mais de 3 salários mínimos
15. Carga horária de trabalho: () <30H () 30H () 36H
() 40H () >40H

Parte II

1. Qual o primeiro lugar você procura para resolver os seus problemas de saúde?
2. Há quanto tempo você frequenta esta unidade de saúde?
3. Você conhece a equipe da ESF? Por quais profissionais você já foi atendido?
4. Como você se relaciona com a equipe de saúde local?
5. Como você é tratado(a)/atendido(a)?
6. Como você gostaria de ser tratado(a)/atendido(a)?
7. Para você o que é ser acolhido em um serviço de saúde?
8. Suas necessidades de saúde são atendidas?
9. Os problemas que não são resolvidos são encaminhados para onde?
10. Pelo seu ponto de vista e maneira de perceber, o médico/enfermeiro/odontólogo compreendem seu modo ou as palavras que voce usa para falar /relatar as suas queixas ou perguntas e dúvidas sobre sua saúde?
11. Como você se comporta quando não compreende as respostas dadas por eles às suas dúvidas ou perguntas? Ou você sempre as compreende?
12. Como você avalia/considera a atuação da equipe de saúde local?
13. Como você avalia/considera a assistência recebida e os serviços ofertados na USF?
14. Você conhece o CEREST? Para que serve este serviço?
15. Você já foi atendido por este serviço? Por qual o motivo?
16. Como você foi tratado/atendido?

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Atenção à Saúde do Trabalhador Rural no Município de Juazeiro – BA: Organização e Práticas Assistenciais”

CAAE Nº 16543319.9.0000.5196

Nome do(a) Pesquisador(a) responsável: Tialla Cardeal Santos Rebouças

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar a organização dos serviços e as práticas assistenciais de atenção à saúde do trabalhador rural no município de Juazeiro-BA. A realização desta pesquisa justifica-se pelo fato de Juazeiro-BA ter um modo de produção, predominantemente, agrário, voltado para a agricultura irrigada, no qual o número de trabalhadores rurais no município é significativo. Vale ressaltar, também, que durante o desenvolvimento das atividades no campo, estes trabalhadores estão expostos a vários riscos e danos à saúde, relacionados aos diversos tipos de exposição e acidentes.

Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento antes de concordar.

Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada com gestores da Atenção Básica e das Unidades Básicas de Saúde, coordenador do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família da zona rural e usuários dos serviços. Os dados serão coletados através de entrevista individual, orientada por formulários semiestruturados, que também possibilitarão a caracterização sócio-demográfica dos participantes da pesquisa. As entrevistas serão registradas em um gravador de voz e, posteriormente, salvas em pen drive, com a autorização dos entrevistados e as informações coletadas serão guardadas pelo período de cinco anos.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Riscos, desconfortos e benefícios: a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, contudo requer do participante desprendimento de tempo e durante a realização das entrevistas podem ocorrer desconfortos, constrangimentos, medo, vergonha, estresse, cansaço, além de quebra do sigilo e anonimato. A fim de evitar danos ou atenuar seus efeitos o pesquisador tentará, na medida do possível, ser breve e objetivo durante as entrevistas, realizando-as em ambiente reservado e tranquilo, onde o participante sinta-se confortável, evitando interferências ou interrupções externas. Será garantido acompanhamento e assistência gratuita, imediata, integral e pelo tempo que for necessário aos participantes da pesquisa.

Este estudo não lhe oferece benefício direto. Indiretamente, espera-se que a pesquisa possa suscitar informações relevantes sobre a organização e as práticas assistenciais dos serviços de atenção à saúde do trabalhador rural, e assim, contribuir para as discussões a respeito do tema e para a implementação de ações voltadas para essa assistência no município.

Garantias éticas: Todas as despesas que venham a ocorrer com a pesquisa serão ressarcidas. É garantido ainda o seu direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Confidencialidade: é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, mesmo após o término da pesquisa. Somente o(s) pesquisador(es) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados. Para isso, o pesquisador codificará os dados de investigação o mais breve possível, envolvendo o menor número de pessoas neste processo, protegendo os dados de identificação contra roubos, reprodução ou difusão acidental. As informações coletadas serão guardadas pelo período de cinco anos.

É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com o(s) pesquisador(es). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com o(s) pesquisador(es) do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas uma das quais ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o(s) pesquisador(es).

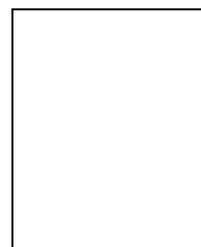
Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE

Assinatura do Pesquisador responsável pela aplicação do TCLE



Polegar Direito

Pesquisador Responsável: Tialla Cardeal Santos Rebouças. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Biológicas da UNIVASF (Mestrado Acadêmico). Rua Raul de Queirós, nº 205, Alagadiço - Juazeiro - BA, Tel.: (74) 98803-7785. E-mail: tialla_cardeal@yahoo.com.br

Demais pesquisadores da equipe de pesquisa: Cheila Nataly Galindo Bedor, Colegiado acadêmico do curso de Ciências Farmacêuticas – Universidade Federal do Vale do São Francisco. Avenida José de Sá Maniçoba, s/nº, Centro - Petrolina - PE, CEP 56304-917, Tel.: (87)2101-6822. E-mail: cheila.bedor@univasf.edu.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIVASF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
Av. José de Sá Maniçoba, S/N – Centro - Petrolina/PE – Prédio da Reitoria – 2º andar
Telefone do Comitê: 87 2101-6896- E-mail: cep@univasf.edu.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIVASF) é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, que visa defender e proteger o bem-estar dos indivíduos que participam de pesquisas científicas.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Atenção à Saúde do Trabalhador Rural no Município de Juazeiro - BA:
Organização e Práticas Assistenciais

Pesquisador: TIALLA CARDEAL SANTOS REBOUCAS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16543319.9.0000.5196

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.937.439

Apresentação do Projeto:

1. O projeto de pesquisa está ligado ao Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas e a sua equipe executora é composta por: Tiälla Cardeal Santos Rebouças e Cheila Nataly Galindo Bedor (orientadora) ambas registrada na Plataforma Brasil. Foram acrescentadas através de emenda as pesquisadoras BEATRIZ ALVES DE JORDÃO e ÂNGELA DE OLIVEIRA CARNEIRO, que também estão corretamente inseridas na equipe de pesquisa vinculada ao projeto cadastrada na Plataforma Brasil. O projeto contempla todas as seções essenciais para a análise ética.

Objetivo da Pesquisa:

2. Os objetivos estão bem delineados, são exequíveis, estão em acordo com a metodologia proposta e podem ser atingidos no prazo estipulado pelo cronograma.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização dos serviços e as práticas assistenciais de atenção à saúde do trabalhador rural no município de Juazeiro-BA.

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.937.439

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a organização das equipes de Saúde da Família da zona rural de Juazeiro – BA e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município;
- Identificar as práticas assistências implementadas pela a Atenção Básica e pelo CEREST no município para promover a saúde integral dos trabalhadores rurais;
- Descrever a percepção dos gestores sobre os serviços de atenção à saúde do trabalhador rural na Atenção Básica.
- Verificar como os profissionais de saúde, que assistem os trabalhadores rurais na Estratégia Saúde da Família, percebem o cuidado a esses pacientes e o papel da Atenção Básica nesse cuidado;
- Descrever a percepção dos gestores sobre os serviços de atenção à saúde do trabalhador rural na Atenção Básica.
- Averiguar como os usuários percebem o cuidado ofertado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e do CEREST;
- Caracterizar sócio-demograficamente os participantes do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

3. Foi realizada uma análise dos riscos pertinente, com previsão de estratégias para minimizá-los, assim como foram apresentados os potenciais benefícios que a pesquisa pode propiciar aos seus participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

4. O projeto apresenta adequadamente os seguintes itens: tema, objeto da pesquisa, relevância social, local de realização da pesquisa, população a ser estudada, garantias éticas aos participantes da pesquisa, método a ser utilizado, cronograma, orçamento, critérios de inclusão e não inclusão dos participantes da pesquisa e divulgação dos resultados do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

5. Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

6. Recomendo aprovação da emenda proposta (inclusão de duas pesquisadoras na equipe de pesquisa).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

7. A emenda proposta ao projeto atende satisfatoriamente a todos os critérios de análise ética e

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.937.439

recomendamos a sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

É com satisfação que informamos formalmente a V^a. Sr^a. que a emenda ao projeto Atenção à Saúde do Trabalhador Rural no Município de Juazeiro - BA: Organização e Práticas Assistenciais foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVASF. A partir de agora, portanto, o vosso projeto pode incluir as novas duas pesquisadoras em sua equipe de pesquisa. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este comitê um relatório sucinto sobre o andamento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1490811_E1.pdf	20/01/2020 11:26:55		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeConfidencialidadeBeatriz.pdf	20/01/2020 11:17:41	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeConfidencialidadeMargaret.pdf	20/01/2020 11:17:18	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeConfidencialidadeAngela.pdf	20/01/2020 11:16:53	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	12/07/2019 11:36:21	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETialla.pdf	12/07/2019 11:32:07	TIALLA CARDEAL SANTOS REBOUCAS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/06/2019 23:55:02	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeConfidencialidadeTialla.pdf	28/06/2019 23:53:00	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeConfidencialidadeCheila.pdf	28/06/2019 23:52:34	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoDeCompromisso.pdf	28/06/2019 23:52:04	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaDeAnuencia.pdf	28/06/2019 23:50:22	TIALLA CARDEAL SANTOS REBOUCAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDeDissertacao.pdf	28/06/2019 23:49:28	TIALLA CARDEAL SANTOS REBOUCAS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	28/06/2019 23:46:12	TIALLA CARDEAL SANTOS	Aceito

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO



Continuação do Parecer: 3.937.439

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETROLINA, 26 de Março de 2020

Assinado por:

**Rebeca Mascarenhas Fonseca Barreto
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida José de Sá Maniçoba, s/n
Bairro: Centro **CEP:** 56.304-205
UF: PE **Município:** PETROLINA
Telefone: (87)2101-6896 **Fax:** (87)2101-6896 **E-mail:** cep@univasf.edu.br